

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**ESQUEMAS PRECOCES MAL-ADAPTATIVOS E COMPULSIVIDADE SEXUAL:
ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA AMOSTRA UNIVERSITÁRIA**

Filipa Maria Martins Caseiro

Outubro, 2014

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor ***Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre*** (F.P.C.E.U.P.), sob coorientação da Doutora ***Joana Patrícia Pereira de Carvalho***.

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**ESQUEMAS PRECOCES MAL-ADAPTATIVOS E COMPULSIVIDADE SEXUAL:
ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA AMOSTRA UNIVERSITÁRIA**

Filipa Maria Martins Caseiro

Outubro, 2014

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor **Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre** (F.P.C.E.U.P.), sob coorientação da Doutora **Joana Patrícia Pereira de Carvalho**.

Filipa Maria Martins Caseiro
Presidente: Doutora Alexandra Oliveira
Arguente: Doutora Celina Manita
Orientador: Doutor Pedro Nobre
Classificação: 17 valores

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

A realização desta dissertação não teria sido possível se não contasse com a disponibilidade de todos aqueles que desempenharam um papel importante no decorrer desta longa jornada. Em primeiro lugar gostaria de deixar um agradecimento especial ao Professor Doutor Pedro Nobre, por nos ter aberto as portas ao mundo da investigação e pelo privilégio de termos usufruído de “experiências dentro da experiência”. Pela possibilidade de um contacto tão próximo e rico com a realidade deste domínio de investigação, e por ter promovido a nossa integração na “vida inicial do laboratório”, o que gerou o sentimento de termos evoluído à mesma medida que ele ia “crescendo”. Da mesma forma, gostava de agradecer especialmente à Doutora Joana Carvalho pela disponibilidade total e toda a dedicação que permitiu que fosse possível finalizar este trabalho. Por último e não menos importante, não poderia deixar de aproveitar para agradecer à Professora Maria Emília Costa por toda a disponibilidade, atenção, dedicação e respeito demonstrados para com os alunos desta instituição, ao longo dos anos que por aqui me fui mantendo, e ao Professor Joaquim Luís Coimbra e à Professora Susana Coimbra por me inspirarem numa fase menos inspiradora do meu percurso académico e, ainda que indiretamente, me terem concedido a oportunidade de vivenciar uma das melhores experiências do meu percurso académico.

Para aqueles cujo agradecimento não cabe nestas páginas, informo que continuarei a agradecer-vos todos os dias e sempre que possível, com e sem palavras. Para não ser injusta, não posso apenas deixar de fazer um agradecimento especial à Mafalda por me ter feito recordar o “espírito académico”, pelas inúmeras horas de trabalho e igualmente bons momentos que partilhamos, à Tânia pelo apoio, por me ter feito rir com as suas “estratégias de coping”, à Ju por ter entrado e saído desta aventura comigo, nunca deixando de estar presente, mesmo depois de já cá não estar, à Filipa por ser aquilo que é, e a todas “as minhas psicólogas”, já estão fartas de saber que o melhor desta aventura foram vocês.

O meu maior agradecimento será sempre para os meus pais, para o meu irmão e para toda a minha família, a eles devo todas as minhas primeiras conquistas e nunca nada será suficiente para retribuir as dádivas com que me presentearam.

Obrigada.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo explorar o papel dos Esquemas Precoces Mal-Adaptativos (EPMs) no fenómeno da Compulsividade Sexual. Este constructo é relativamente recente na literatura e não tem sido explorado na medida do seu potencial no que diz respeito ao papel que poderá representar no comportamento sexual humano, nomeadamente ao nível da disfunção sexual. Como fenómeno emergente, a Compulsividade Sexual tem sido recorrentemente alvo de estudo, com consequentes transformações ao nível da sua terminologia, definição e conceptualização ao longo das últimas décadas. Recentemente, a categoria de Perturbação Hipersexual ou Hipersexualidade foi proposta para inclusão no DSM-V, o que, apesar de a sua aprovação não ter reunido consenso, representa o longo caminho que esta área de estudo tem vindo a percorrer. Uma vez que as questões levantadas prevalecem sob as respostas obtidas, este estudo pretende contribuir para a ampliação do conhecimento acerca deste fenómeno e para uma melhor compreensão dos sujeitos que o experienciam. Para o efeito, estudou-se numa amostra de estudantes universitários portugueses do sexo feminino (n=942) e do sexo masculino (n=444) em que medida a presença dos EPMs prediz a Compulsividade Sexual, controlando variáveis cuja relação com este fenómeno já é amplamente reconhecida, como a psicopatologia. Para tal, foram utilizados o *Questionário de Esquemas de Young* (YSQ-S3), a *Escala de Compulsividade Sexual* (SCS) e o *Breve Inventário de Sintomas* (BSI). Os resultados confirmaram que estes esquemas predizem significativamente a Compulsividade Sexual, quer nos homens, quer nas mulheres, o que reforça a importância de aprofundar o estudo do seu papel na etiologia e conceptualização do fenómeno e de averiguar a relevância do modelo da TFE (Young, 1990) para o estabelecimento de planos de intervenção eficazes.

Palavras-chave: Compulsividade Sexual, Esquemas Precoces Mal-Adaptativos, Terapia Focada nos Esquemas

Abstract

The present study aimed to explore the role of Early Maladaptive Schemas (EMSs) on Sexual Compulsivity. Being a relatively recent construct in the literature, it has not been explored to the extent of its potential, particularly with regard to the role that these nuclear cognitive structures may represent in human sexual behaviour, specifically in sexual dysfunction. As an emerging phenomenon, Sexual Compulsivity has repeatedly been questioned, with consequent changes on its terminology, definition and conceptualization in the course of the years. Recently, Hypersexual Disorder or Hypersexuality has been proposed for inclusion in DSM-V, a sign that this field of study has travelled a long journey since the distinct times when it became to be noticed. Since a lot remains unknown, this study aims to contribute to the expansion of knowledge about this phenomenon and to a better understanding of the subjects whom experience it. Therefore, the purpose of this study was to investigate a potential association between EMSs and Sexual Compulsivity, controlling for variables whose relation to this phenomenon is already widely recognized, such as Psychopathology. For this, the Young Schema Questionnaire (YSQ-S3), the Sexual Compulsivity Scale (SCS) and the Brief Symptom Inventory (BSI) were used in a sample of Portuguese female ($n = 942$) and male ($n = 444$) college students. Findings suggest that these schemes significantly predict Sexual Compulsivity, both for men and women, which reinforces the importance of further studies on this subject and the acknowledgment of the Schema-Focused Therapy (Young, 1990) as an important model to better understand this condition and to establish effective intervention plans.

Keywords: Sexual Compulsivity, Early Maladaptive Schemas, Schema Therapy

Résumé

La présente étude visait à explorer la mesure dans laquelle les Schémas Précoces Inadaptés peuvent être impliqué dans la conceptualisation du phénomène de la compulsion sexuelle. Cette construction est relativement nouvelle dans la littérature et n'a pas été explorée dans la mesure de son potentiel en ce qui concerne le rôle que pourrait représenter dans le comportement sexuel humain, notamment en termes de la dysfonction sexuelle. Comme un phénomène émergent, la Compulsion Sexuelle a maintes fois été remise en question, avec les changements qui en découlent pour le niveau de la terminologie, de la définition et de la conceptualisation au cours des dernières décennies. Récemment, la catégorie de Perturbation Hypersexuel ou Hypersexualité, a été proposé pour son inclusion dans le DSM-V, qui représente le long chemin que ce domaine d'étude doit aller. Comme les questions soulevées prévalent sur les réponses, cette étude vise à contribuer à l'expansion de la connaissance de ce phénomène et à une meilleure compréhension des sujets qui en souffrent. À cette fin, nous avons étudié dans un échantillon des étudiantes universitaires portugaises féminin (n = 942) et masculin (n = 444) si la présence de Schémas Précoces Inadaptés prédit la Compulsion Sexuelle. Pour cela, ils ont été utilisés les Questionnaire des Schémas de Young (YSQ-S3), l'Échelle de la Compulsion Sexuelle (SCS) et le Bref Inventaire des Symptômes (BSI). Les résultats ont confirmé que ces régimes de prédire la Compulsion Sexuelle, que ce soit des hommes ou des femmes, ce qui renforce l'importance de poursuivre l'étude de son rôle dans l'étiologie et la conceptualisation du phénomène et de déterminer la pertinence du modèle de Young (1990) pour établir un plan d'intervention efficace.

Mots-clés: Compulsion Sexuelle, Schémas Précoces Inadaptés, Thérapie Centrée sur les Schémas

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	
1. Compulsividade Sexual: Duas décadas de (R)evolução	6
2. Terapia Focada nos Esquemas (TFE)	13
2.1 O conceito de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos	14
2.2 Taxonomia dos Esquemas Precoces Mal-Adaptativos	16
2.3 Manutenção dos Processos Esquemáticos	17
3. Esquemas Precoces Mal-Adaptativos e Compulsividade Sexual	19
Capítulo II – Estudo Empírico	
1. Pertinência do Estudo e Objetivos de Investigação	26
2. Método	
2.1 Participantes e Procedimentos	27
2.2 Instrumentos	
2.2.1 Formulário de Consentimento Informado	28
2.2.2 Questionário Sociodemográfico	29
2.2.3 Breve Inventário de Sintomas (BSI)	29
2.2.4 Questionário de Esquemas de <i>Young</i> (YSQ-S3)	29
2.2.5 Escala de Compulsividade Sexual (SCS)	30
2.3 Análise de Dados	31
3. Resultados	31
4. Discussão de Resultados	37
Capítulo III – Considerações Finais	
1. Limitações e Sugestões de Investigação Futura	48
2. TFE: Uma nova forma de Intervenção?	49
3. Conclusão	52
Referências Bibliográficas	54
Anexos	57

Índice de Abreviaturas

DP – Desvio padrão

CS – Compulsividade Sexual

EPMs – Esquemas Precoces Mal-Adaptativos

SCS – Sexual Compulsivity Scale

TFE – Terapia Focada nos Esquemas

Índice de Anexos

Anexo 1. Taxonomia dos Esquemas Precoces Mal-Adaptativos

Anexo 2. Questionário *online* – Folha de Rosto

Anexo 3. Questionário Sociodemográfico

Introdução

A Compulsividade Sexual tem sido caracterizada pela elevada intensidade e frequência de fantasias e pensamentos sexuais (sentidos como intrusivos) e pela necessidade de iniciar comportamentos sexuais de forma recorrente e eventualmente abusiva, provocando *distress* físico e psicológico, e um grande impacto em diversos setores da esfera relacional do indivíduo.

Estes comportamentos têm por vezes vindo a ser relacionados com aqueles considerados como menos aceites ou desviantes (parafilias), e quase sempre com uma escalada no tipo de comportamentos sexuais (cada vez mais fortes e intensos), associando-se assim frequentemente a situações de risco, perda de controlo e consequências psicossociais negativas, tais como gravidezes não desejadas, isolamento social, divórcios e desestruturação de famílias, problemas económicos, legais, profissionais, diminuição da performance académica, doenças sexualmente transmissíveis, culpa e vergonha, depressão, ansiedade e ainda suicídio.

Mesmo que este conceito continue em permanente evolução, carece ainda de consenso quanto ao suporte teórico a ele inerente. Assim, é importante a continuação do estudo deste fenómeno, visto que os contributos para a sua compreensão, prevenção e tratamento têm efeitos que vão além do alívio do sofrimento individual. O principal objetivo do presente estudo é então explorar uma possível relação entre um dos conceitos base em que assenta a Terapia Focada nos Esquemas (Young, 1990), os Esquemas Precoces Mal-Adaptativos (EPMs) e a Compulsividade Sexual (CS).

Este conceito é relativamente recente na literatura científica e no que concerne ao comportamento sexual, nomeadamente no domínio da disfunção, foi ainda pouco explorado, quer para hipóteses de explicação da sua etiologia, e fundamento da sua conceptualização teórica, quer para perspetivar possíveis formas de tratamento.

Existe já evidência quanto ao papel dos EPMs em transtornos do Eixo I e II, nomeadamente nas Perturbações de Personalidade, e um robusto número de evidências relativamente à saliência do papel da psicopatologia na compulsividade sexual (e.g., Bancroft, Vukadinovic, 2004; Black et al., 1997; Kafka, 2010; Lochner & Stein, 2006; Raviv, 1993; Raymond, Coleman & Miner, 2003; Reid, Carpenter, & Lloyd, 2009), existindo ainda vários estudos que referem dimensões da personalidade como preditores significativos da compulsividade sexual ou como indicadores de propensão para esta

síndrome (Adams & Robinson, 2001; Black et al., 1997; Guigliamo, 2006; Raymond et al., 2003; Reid et al., 2008; Stein & Carpenter, 2011). Contudo, uma possível relação entre a Compulsividade Sexual e EPMs não foi ainda explorada de forma equivalente ao seu potencial. Será possível identificar um padrão de crenças associado à Compulsividade Sexual? Mais especificamente, poderá a presença de EPMs predizer a Compulsividade Sexual? E deste modo, poderá o modelo a eles subjacente trazer informação adicional acerca da sua etiologia e contributos relevantes para a elaboração do conceito ou para delinear estratégias de intervenção? Estas serão as questões centrais e estruturantes em toda a investigação.

O presente trabalho organiza-se em três secções principais, segundo a seguinte estrutura: no enquadramento teórico serão reunidas e exploradas as principais ideias apresentadas pelos diferentes autores ao longo do tempo, tentando representar a evolução temporal da definição e caracterização do conceito de Compulsividade Sexual. De seguida será explorado o conceito de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos, apresentando-se o modelo conceptual em que este se insere, a Terapia Focada nos Esquemas, e por último será estabelecida uma relação entre o fenómeno e este conceito, apresentando aquela que se considera ser a pertinência desta investigação.

Na segunda secção, relativa ao estudo empírico, serão apresentados os objetivos de investigação, será descrita a metodologia e por fim apresentados e discutidos os principais resultados obtidos. Na terceira e última secção será feita uma breve reflexão acerca do que é possível concluir com estes dados e quais as implicações que deles surgem. Serão referidas as limitações do estudo e avançadas possíveis sugestões para futura investigação, uma vez que o estudo possuiu um carácter predominantemente exploratório.

Capítulo I. Enquadramento Teórico

Enquadramento Teórico

Ao longo dos anos a literatura existente na área do comportamento sexual humano focou a sua atenção na disfunção sexual e na inibição da resposta e desejo sexual, o que levou ao desenvolvimento de um grande volume de conhecimento acerca da etiologia das disfunções sexuais e seus meios de tratamento. Por outro lado, outras formas de alteração de comportamento não foram alvo de grande atenção, apesar de todas as evidências em como representam um problema que afeta de forma comum e real vários homens e mulheres. Embora se pense tratar de um fenómeno relativamente recente, segundo Goodman (1998), o termo adição sexual foi usado pela primeira vez por Fenichel (1945): “em casos severos de adição sexual, a sexualidade perde a sua função específica e transforma-se numa proteção inespecífica e sem êxito contra estímulos”. Refere ainda que o psiquiatra alemão Krafft-Ebbing já tinha descrito a condição em 1886.

O interesse pela conceptualização da compulsividade sexual, pela sua etiologia e possíveis formas de intervenção, aumentou efetivamente nos últimos anos por parte de investigadores e clínicos, existindo ainda grande controvérsia à volta destas questões (e.g., Giugliano, 2009; Kafka, 2010; Kaplan & Krueger, 2010; Kingston & Firestone, 2008; Raymond, Coleman, & Miner, 2003). Uma das circunstâncias que se considera estar implicada neste crescente interesse e ter impulsionado o aumento de atenção sobre o fenómeno é o facto de este estar consistentemente relacionado com comportamentos de risco e sexo desprotegido, segundo determinados autores particularmente em homens que tem sexo com homens (Coleman, Miner, Ohlerking, & Raymond, 2001; Dew & Cheney, 2005; Kalichman & Rompa, 1995; Miner, Coleman, Center, Ross, & Rosser, 2007; Parsons, Bimbi, & Halkitis, 2001; Reece, Plate, & Daughtry, 2001).

Vários investigadores observaram que a compulsividade sexual – medida pela Sexual Compulsivity Scale¹ (Kalichman & Rompa, 1995) – estava inversamente relacionada com comportamentos de redução de risco (planeamento e proteção nas relações sexuais, dizer a um parceiro para praticar sexo seguro, etc.), tanto em homens homossexuais (Kalichman & Rompa, 1995) como em mulheres e homens com VIH

¹ A Escala de Compulsividade Sexual desenvolvida por Kalichman & Rompa (1995) é um questionário de auto-resposta que avalia a hipersexualidade e a preocupação sexual, ou seja, o impacto de pensamentos sexuais e sua interferência no quotidiano, bem como o sentimento de incapacidade para controlar esses pensamentos e comportamentos sexuais.

(Kalichman et al., 1994), relacionando-se significativamente com comportamentos que poderiam levar à transmissão do VIH (Benotsch, Kalichman, & Pinkerton, 2001). Associações semelhantes foram encontradas também para amostras de estudantes universitários do sexo feminino e masculino (Dodge, Reece, Cole, & Sandfort, 2004). Ainda anteriormente, um acontecimento que bastante contribuiu para a consciencialização da existência do fenómeno como algo a ser tido em conta pelos clínicos foi o elevado número de grupos baseados no modelo dos Alcoólicos Anónimos que surgiu nos EUA no início da década de 80, dirigido aos indivíduos que se debatiam com problemas relacionados com o seu comportamento sexual. Embora a visibilidade do fenómeno continue ainda a ser reduzida, hoje em dia a discussão em volta do mesmo já conquistou o seu devido lugar, existindo inclusive publicação exclusivamente dedicada ao tema (e.g. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, existente desde 1994) que em muito contribuiu também para a aceitação desta área de estudo (Schneider, 2004) e para a partilha de informação útil entre psicólogos, psiquiatras, médicos, ou outros interessados e em contacto com a área.

No entanto, é possível encontrar num maior volume de literatura maior preocupação com questões de definição do que propriamente um foco no estabelecimento de explicações causais e no avanço de hipóteses acerca do (s) motivo (s) porque em determinados casos o sujeito ingressa neste tipo de comportamentos, e porque se torna o comportamento sexual difícil de controlar e fonte de mal-estar clinicamente significativo.

No decorrer de décadas de trabalho, inúmeros termos foram utilizados para definir este fenómeno, tais como adição sexual, impulsividade sexual, compulsividade sexual, perturbação hipersexual, desejo sexual hiperativo, comportamento sexual fora de controlo, hipersexualidade, entre outros (Bancroft, 2008; Bancroft & Vukadinovic, 2004; Barth & Kinder, 1987; Carnes, 1983, 1990; Coleman, 1987, 1992, 2003; Coleman *et al.*, 2001; Gabbard & Bennett, 2005; Goodman, 1993, 2001; Kafka, 1997, 2003, 2010; Kaplan & Krueger, 2010; Kingston & Firestone, 2008; Levine & Troiden, 1988; Orford, 1978; Quadland, 1985; Ragan & Martin, 2000; Raymond, Coleman & Miner, 2003; Stein & Black, 2000). Parece consensual que adição sexual e compulsividade sexual, e mais recentemente, Perturbação (ou comportamento) Hipersexual e Hipersexualidade, sejam os termos mais utilizados. Embora exista alguma incerteza acerca das vantagens e desvantagens para cada uma das diferentes terminologias, estas têm implicações na conceptualização e no modo em como os sintomas são tratados (Bancroft & Vukadinovic,

2004; Coleman, 2003; Goodman, 2001; Kafka, 2001; Kingston & Firestone, 2008; Mudry et al., 2011; Stein, 2008) ou quais os possíveis mecanismos implicados (e.g., modelo de adição, perturbação no controlo de impulsos, redução de ansiedade, regulação do humor, disfunção sexual ou perturbação do desejo sexual, patologia orgânica, etc.).

Apesar desta falta de consenso na designação, todas as terminologias adotadas convergem no sentido do mesmo problema, no entanto como referido anteriormente maior atenção e discussão tem partido à volta da terminologia e conceptualização do que propriamente da sua etiologia e compreensão.

Compulsividade Sexual será a terminologia adotada no presente trabalho.

Ainda que alguns investigadores tenham feito afirmações sobre os possíveis mecanismos implicados, estas são mais baseadas em observação e experiência clínica do que efetivamente em trabalho empírico e dados reportados (Bancroft & Vukadinovic, 2004; Ragan & Martin, 2000; Robinson, 1999; Wincze & Carey, 1991). Visto que a discussão acerca da sua definição e natureza continua a gerar grande controvérsia, estando estas ideias em constante revisão (e mantendo-se inclusive ativa a discussão da sua existência como um fenómeno a observar ou não), este estudo pretende contribuir com informação que possibilite a continuidade de reflexão acerca do tema, bem como suscitar uma inquietação que leve, mais que à procura de novas respostas, a novas perguntas que ocasionem construção de maior conhecimento empírico em volta do mesmo.

1. Compulsividade Sexual: Duas décadas de (R)evolução

A forma mais elementar de definir Compulsividade Sexual é a recorrente falta de controlo sobre o próprio comportamento sexual, que perdura apesar das consequências prejudiciais (Goodman, 1997). Pode definir-se como uma síndrome caracterizada por um padrão de comportamentos, pensamentos, fantasias ou impulsos sexuais recorrentes e intrusivos sobre os quais o indivíduo não tem controlo, e que interferem de forma violenta na sua vida, resultando muitas vezes em consequências negativas e mal-estar emocional para o indivíduo e aqueles que o rodeiam (Kalichman & Cain, 2004; Kalichman & Rompa, 1995; Miner, Coleman, Center, Ross & Rosser, 2007).

Tem sido identificada num valor de aproximadamente 3% a 6% da população em geral (Black, 2000; Carnes, 1989; Coleman, 1992; Goodman, 1993, cit por Kingston & Firestone, 2008) e associada a comportamentos de risco e doenças sexualmente transmissíveis (Benotsch, Kalichman, & Pinkerton, 2001; Dodge, Reece, Cole, & Sandfort, 2004), agressão sexual (Marshall & Marshall, 2006, 2010), gravidezes não planeadas (McBride, Reece, & Sanders, 2008) e rutura de laços afetivos, nomeadamente *distress* nas relações conjugais (Reid, Carpenter, Draper, & Manning, 2010). Existe uma predominância da prevalência no sexo masculino (Goodman, 1993; Winters, Christoff, & Gorzalka, 2010) e a maioria dos pacientes que procuram tratamento para a compulsividade sexual são homens (Raymond, Coleman, & Miner, 2003). Ragan & Martin (2000) sugerem ainda que as formas de comportamento sexual compulsivo apresentadas tendem a ser distintas entre homens e mulheres. Esta prevalência pode provavelmente estar subestimada, podendo o seu conhecimento ser influenciado por certas limitações morais e culturais, vergonha e culpa, desejabilidade social, fatores relacionados com a religião ou ainda advir da falta de reconhecimento do fenómeno como uma condição clínica e consequente diminuta procura de ajuda. Outros fatores contextuais atuais, como por exemplo a existência de uma certa tendência para a glorificação da performance sexual, e para um aparente aumento da dissociação entre a sexualidade e os afetos poderão talvez levar à resistência ou dificuldade de alguns indivíduos identificarem ou aceitarem determinado conjunto de comportamentos como problemáticos, conduzindo ao esbatimento da visualização do conjunto de sinais, sintomas e consequências a eles inerentes como negativos (ou desvalorizando-os), condicionando a visão de um pedido de ajuda como legítimo.

Esta realidade pode resultar da pouca disseminação de informação acerca da problemática e naturalmente das suas dificuldades de definição e principalmente do escasso suporte de dados empíricos, que impossibilitam o consenso na comunidade científica e entre clínicos. Não existindo consenso quanto às formas de abordagem da problemática e quais as formas de intervenção mas adequadas torna-se mais custosa a tarefa de consciencialização para a existência da mesma e menos provável a promoção de formas de prevenção ou divulgação dos meios onde procurar ajuda. Da mesma forma, é possível que para os indivíduos que se interrogam acerca das vivências que experienciam, muita da informação passível de ser facilmente

acessível (como por exemplo alguma da encontrada *online*) seja ambígua e pouco estruturada, carecendo de rigor científico, o que pode levar à desconsideração de um pedido de ajuda e ao menosprezo do fenómeno como uma condição clínica ou “real”. Arterburn (1991) e Stephens (2000) referem que as concepções e atitudes populares face ao fenómeno conseguem ser bastante confusas e ambivalentes (cit por Stephens, 2000).

“Carnes apresentou, em 1991, um conjunto de sinais ou critérios que identificou como indicadores de adição sexual (cit por Stephens, 2001, p.11):

1. Um padrão de comportamento sexual fora de controlo.
2. Consequências nocivas devido ao comportamento sexual.
3. Incapacidade de parar apesar das consequências adversas.
4. Busca persistente de comportamentos autodestrutivos ou de alto risco.
5. Desejo permanente e constante ou esforço para limitar/parar o comportamento sexual.
6. Obsessão e fantasia sexual como principal estratégia de *coping*.
7. Quantidades crescentes de experiências sexuais devido ao nível anterior de experiências já não se apresentar como suficiente.
8. Graves oscilações de humor no que diz respeito à atividade sexual.
9. Desperder quantidades de tempo excessivas na procura de atividades sexuais, na atividade sexual e na recuperação após essas experiências sexuais.
10. Negligência de importante atividade social, ocupacional, ou de lazer devido ao comportamento sexual.”

Os comportamentos sexuais compulsivos podem ocorrer de forma individual (e.g., masturbação, visualização excessiva de pornografia), com um ou múltiplos parceiros, fazendo estes parte do seu núcleo de relações habitual ou não, sendo conhecidos ou desconhecidos, entre marido e mulher, etc. (Quadland, 1985). Podem ainda ocorrer com ou sem consentimento, ser pagos (recorrer à prostituição) e assumir outras formas tais como voyeurismo, fetichismo, exibicionismo, etc.

Na sua conceptualização atual não é o número de parceiros, de encontros sexuais ou o contexto onde ocorrem que definem esta síndrome mas sim a perda de liberdade do sujeito por incapacidade de controlo sob o próprio comportamento, supondo uma interferência grave na sua vida quotidiana (Kafka, 2010).

As relações sexuais tendem a ser desprendidas de afeto, indiscriminadas e anónimas e o sujeito tende a objetificar o(s) parceiro(s). O uso da internet, pornografia e *cybersexo* sobressaem pela facilidade de acesso, pelo anonimato e por possibilitarem a execução de fantasias que não se realizariam na “vida real”, sendo potencialmente mais aditivos.

Preferir obter prazer sexual por estas vias em detrimento de outros comportamentos sexuais, nomeadamente relações sexuais com o parceiro, pode constituir um sinal de alerta.

Muitos estímulos de carácter não sexual adquirem um valor erótico, como reflexo dos pensamentos e fantasias sexuais como aspeto central da vida do indivíduo, tendo por vezes como consequência um descuido na sua imagem e aspeto físico, da saúde, de atividades sociais, laborais ou familiares (Kalichman, Cherry, Cain, Pope & Kalichman, 2005).

Os indivíduos encontram-se usualmente muito isolados na vivência do problema, visto que têm muita dificuldade em abordar o assunto, até mesmo em contexto terapêutico. A procura de ajuda muitas vezes só é feita pelo comportamento se tornar extremamente perturbador para o sujeito, pela insatisfação geral com o estilo de vida presente (com as suas vivências sexuais e o modo como estas afetam a sua vida social, laboral, relações interpessoais, etc.) e pela alta probabilidade de contrair doenças graves (Quadland, 1985). Muitos dos indivíduos que tentam reduzir os seus comportamentos de risco, por reconhecerem e temerem esse elevado risco de contrair uma doença, não são capazes de o fazer. Os sujeitos que procuram tratamento para a CS afirmam que não se sentem de facto capazes de controlar o seu comportamento sexual e é comum referirem que os comportamentos em si ou a concretização de um determinado ato sexual não são geralmente muito gratificantes e satisfatórios sexualmente (Quadland, 1985). Alguns sujeitos referem que as condutas prévias e o ritual que antecede o comportamento sexual são potenciadoras de maior satisfação e/ou excitação que o próprio comportamento.

Como já referido, os sujeitos relatam elevado mal-estar e emoções negativas, vergonha da sua atividade sexual, isolamento, angústia, culpa e sentimentos negativos acerca de si após uma experiência sexual (Gilliland, South, Carpenter & Hardy, 2011; Levine, 1988; Quadland, 1985; Stephens, 2001). Referem ainda que estes elevados níveis de sofrimento são resultantes tanto das cognições, como dos comportamentos sexuais compulsivos (Raymond, Coleman, & Miner, 2003). Solidão, ansiedade e baixa autoestima são causadas e/ou mantidas por estes pensamentos, desejos e comportamentos, num ciclo que leva o sujeito a envolver-se em comportamentos sexuais para reduzir este desconforto (Bergner, 2002; Levine & Troiden, 1988;), comportamentos esses muitas vezes incongruentes com os seus valores e objetivos (Reid, Carpenter & Lloyd, 2009), levando a que esta breve satisfação momentânea e consequente necessidade de uma nova procura

apenas contribua para o reaparecimento e reforço das emoções negativas (vergonha e culpa, angústia, cólera, nojo, desprezo).

Porém, quanto aos mecanismos que este fenómeno tem por base, muito pouco está esclarecido. Alguns autores afirmam que estes comportamentos ocorrem precisamente com o objetivo de reduzir a ansiedade e outros afetos disfóricos (e.g. vergonha, depressão). Quadland (1985) sugere que a atividade sexual pode surgir como uma tentativa de atenuar ansiedade relacionada precisamente com as questões anteriormente referidas (solidão, baixa autoestima, relações interpessoais pobres e medo da intimidade). Assim, a compulsividade sexual seguiria um padrão em que o indivíduo sente um impulso para se satisfazer sexualmente, e satisfazendo essa necessidade, abstrai-se, reduzindo temporariamente a ansiedade. Contudo esse alívio e redução da ansiedade é tão fugaz que o comportamento têm de ser recorrente, repetido vezes sem conta num padrão circular.

Barth e Kinder (1987) sugerem que as características inerentes ao comportamento sexual compulsivo o classificam melhor como uma perturbação do controlo dos impulsos. Grant, Levine, Kim e Potenza (2005) afirmam que a compulsividade sexual faz parte do espectro das perturbações de controlo dos impulsos, dado que estas se caracterizam pelo fracasso em resistir a um impulso para realizar atos que são prejudiciais ao próprio e a terceiros.

Outros autores referem que à semelhança de outros tipos de condutas aditivas (Potenza, 2006), o que leva à busca do comportamento sexual é o alívio do mal-estar ao invés de uma busca de bem-estar, comparando este tipo de comportamentos aos rituais desenvolvidos nas Perturbações Obsessivo-Compulsivas. Bancroft, Graham, Janssen e Sanders (2009) descrevem ainda dois fatores subjacentes à CS, a inibição sexual e a excitação sexual, onde défices na inibição indicariam uma maior identificação com o modelo de perturbação do controlo dos impulsos, enquanto a excitação seria mais coerente com a conceptualização de adição ou compulsão.

Carnes (1983) descreveu um ciclo de adição sexual sugerindo que uma experiência aditiva para estes sujeitos se desenvolve através de um ciclo de quatro fases que se intensifica a cada repetição. Segundo o mesmo, a fase um diz respeito à **preocupação**, o transe ou estado em que o sujeito é assoberbado e absorvido por pensamentos sexuais, em que se cria uma procura obsessiva de estimulação sexual; na fase dois, que designa por **ritualização**, as rotinas do sujeito conduzem a comportamentos sexuais; o ritual intensifica a preocupação, acrescentando *arousal* e excitação; a fase três representa o **comportamento**

sexual compulsivo: o ato sexual, objetivo final das fases anteriores; comportamento que os indivíduos com CS não são capazes de controlar ou parar; e por fim a fase quatro, o **desespero:** sentimento de total desespero e impotência experimentado acerca do seu comportamento. A dor sentida no fim do ciclo pode ser “anestesiada” (o que leva à procura da repetição do comportamento) ou aumentada o que também leva a nova ativação do ciclo (para redução do desconforto). Vários autores se referem à utilização deste comportamento como uma forma de “anestesia” do desconforto e mal-estar sentido (Coleman, 1988; Hardiman, 1998; Quadland, 1985; Weissberg & Levay, 1986).

Goodman por exemplo define que os comportamentos sexuais podem funcionar entre os dois polos, tanto para produzir prazer como para escapar ao desconforto e vivências internas negativas, colocando igualmente ênfase nas semelhanças com outros comportamentos considerados potencialmente aditivos (e.g., falha recorrente em controlar o comportamento e a sua continuidade apesar do reconhecimento das suas consequências como nocivas). Vários autores sugerem que o indivíduo utiliza estes comportamentos como uma forma de celebração quando se sente entusiasmado e como uma forma de modificar estados de humor negativos quando estes vigoram (Bancroft, Jannsen, Carnes, Strong, Goodrich & Long, 2004; Reid, Harper & Anderson, 2009). Outros autores contestam esta comparação pelo fato de não se reunirem evidências quanto a consequências fisiológicas inerentes quer ao comportamento sexual quer à sua abstinência (Barth & Kinder, 1987). Autores como Schwartz e Masters (1994) sugerem ainda que este fenómeno pode ser melhor conceptualizado como uma desordem de intimidade, sendo o aspeto central a incapacidade do indivíduo para estabelecer vínculos e ligação afetiva adequada em relações de intimidade. Este fenómeno tem ainda vindo a ser vinculado a experiências de vitimização de abuso sexual (Anderson & Coleman, 1991; Carnes, 1991; Tedesco & Bola, 1997; cit por Stephens, 2001, p. 18).

É particularmente importante referir que alguns autores colocam a conceptualização deste quadro clínico no domínio da disfunção sexual (Marshall & Marshall, 2001) ou disfunção do desejo (desejo aumentado/excessivo) e referem a comorbilidade do fenómeno com várias formas de psicopatologia e ainda com o abuso/dependência de substâncias. Adicionalmente, existe ainda a posição de que o fenómeno não se constitui como uma entidade em si, e se conceptualiza melhor como adjacente ou como consequência ou sintoma de uma dessas formas de psicopatologia, apontando as referências à ocorrência de comportamentos deste tipo encontradas nos critérios de Perturbação de Personalidade

Borderline, Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações relacionadas com Substâncias que constam no DSM-IV (APA, 2000).

Por fim, alguns autores questionam ainda a possibilidade de ocorrência do fenómeno como associação a uma patologia orgânica (Miner, Raymond, Mueller, Lloyd, & Lim, 2009; Reid, Garos, Carpenter, & Coleman, 2011; Reid, Karim, McCrory, & Carpenter, 2010), existindo ainda muito pouco suporte empírico que sugira evidências neste sentido.

Recentemente, a Perturbação Hipersexual ou Hipersexualidade foi proposta para inclusão no DSM-5 com os seguintes critérios (Kafka, 2010):

A. “Apresentar durante pelo menos um período de 6 meses, fantasias sexuais intensas e recorrentes, impulsos ou comportamentos sexuais associados a 3 ou mais dos seguintes 5 critérios: 1) O tempo consumido por essas fantasias, impulsos ou comportamentos interfere repetitivamente com outras importantes atividades, obrigações e objetivos do indivíduo, 2) Recorrer repetitivamente ao uso de fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais para gerir estados de humor disfóricos (e.g., ansiedade, depressão, aborrecimento, irritabilidade), 3) Recorrer aos mesmos em resposta a eventos stressores, 4) Tentativas repetidas de controlar ou reduzir significativamente as fantasias, impulsos e comportamentos sexuais sem sucesso, 5) Envolver-se repetidamente em comportamentos sexuais ignorando o risco de dano físico ou emocional para si próprio ou para os outros.”

B. “A frequência e intensidade destas fantasias sexuais, impulsos ou comportamentos provoca distress ou mal-estar clinicamente significativo e deterioramento nas áreas social e ocupacional ou outras áreas de funcionamento importantes na vida do indivíduo.”

C. Estas fantasias, impulsos ou comportamentos não existem devido ao efeito fisiológico direto de uma substância exógena (e.g., abuso de drogas ou medicação).

Sugere-se ainda que se especifique se os comportamentos se referem a: masturbação, uso de pornografia, comportamento sexual consentido entre adultos, *cybersexo*, etc.

Até agora a categoria de Perturbação Sexual sem Outra Especificação (APA, 2000) tem sido utilizada para diagnosticar o comportamento sexual compulsivo. A categoria de Hipersexualidade não foi aceite para inclusão, embora segundo autores como Samenow (2011) seja necessária para que exista uma maior compreensão e maior facilidade em lidar

com os sujeitos com esta síndrome, providenciando-lhes a ajuda necessária para a prevenção ou atenuação das consequências negativas causadas por este tipo de sintomatologia.

2. Terapia Focada nos Esquemas (TFE)

A Terapia Focada nos Esquemas (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011; Stein & Young, 1992; Young, 1990; Young, Klosko & Weishaar, 2003; Young & Lindemann, 1992) surgiu como um desenvolvimento da Terapia Cognitiva de Beck, integrando sobretudo ao nível da intervenção, estratégias e técnicas oriundas de outras correntes de psicoterapia, permitindo assim conjugar técnicas da terapia cognitivo-comportamental, com elementos de terapias da *gestalt*, psicodinâmicas e teorias da vinculação. Este desenvolvimento permitiu sobretudo um maior conhecimento relativamente aos esquemas que Beck sinalizou como de importância central, na medida em que podem influenciar pensamentos, comportamentos e sentimentos dos indivíduos (Rijo *et al.*, 2006).

Assim, a TFE assenta num modelo conceptual que pode ser descrito a partir de alguns conceitos base: esquemas precoces mal-adaptativos, a novidade em termos de constructo organizador, os domínios que agrupam os esquemas e os processos de manutenção, evitamento e compensação dos esquemas (Young, 1990) que ajudam a explicar a existência de comportamentos e padrões de funcionamento persistentes e repetitivos ao longo do ciclo vital e a resistência à mudança.

A TFE começa por definir e reconhecer um conjunto de necessidades emocionais, que incluem: a necessidade de segurança, estabilidade, aceitação, autonomia, competência, um sentido de identidade, e a própria necessidade de liberdade de expressão das emoções e necessidades, de espontaneidade e de limites, que criam a necessidade de autocontrolo. Estas emoções estão presentes desde a infância, atingindo uma maior intensidade nessa fase. Um exemplo são as necessidades de segurança e estabilidade, que apesar de durarem toda a vida, tem implicações mais fortes quanto mais vulnerável, desprotegido ou incapaz o indivíduo é. Este facto por si só diz muito acerca do interesse da aplicação deste modelo na Compulsividade Sexual, como será discutido mais à frente.

Segundo Young (1999) os esquemas têm então mais probabilidades de se desenvolverem em indivíduos provenientes de famílias desestruturadas, onde a educação e os afetos são negligenciados pelos cuidadores, estando alguns destes esquemas associados ao abandono, à privação emocional, ao abuso e ao isolamento social. Sendo desenvolvidos na infância e enraizados ao longo da vida do indivíduo, as experiências desagradáveis com pais, familiares e pares durante os primeiros anos de vida são as mais determinantes (Young, 1999). Apesar dos fatores biológicos terem um grande peso para a génese de alguns dos EPMs, Young defende que são as experiências adversas que mais estimulam e intensificam o seu desenvolvimento.

O conteúdo de um esquema diz respeito a informação de um determinado domínio, incluindo representações de objetos, sequências de acontecimentos, situações, procedimentos, exemplos e ainda uma componente afetiva, incluindo valências afetivas relacionadas com o domínio do esquema. Estas componentes, ideacional e afetiva, influenciam-se mutuamente. Estas estruturas de conhecimento desenvolvidas pelo indivíduo ao longo do tempo através da sua interação com o meio possuem uma função adaptativa, organizando experiências em padrões de significado.

2.1 Esquemas Precoces Mal-Adaptativos

Segundo Young (1990) os Esquemas Precoces Mal-Adaptativos são então “temas extremamente estáveis e duradouros que se desenvolvem durante a infância e são elaborados através da vida do indivíduo”.

Estas estruturas de conhecimento, adquiridas ao longo da história desenvolvimental através da interação com o meio envolvente, são altamente idiossincráticas quer no seu conteúdo, quer na sua acessibilidade, o que leva a que a mesma informação (por exemplo um mesmo acontecimento negativo) possa ser processada de forma completamente diferente por indivíduos diferentes, podendo esse processamento ser enviesado para determinada informação codificada. Os EPMs não são mais que padrões cognitivos e emocionais auto-derrotistas (compostos por memórias, emoções, cognições e sensações corporais, em relação a si mesmo e às relações com os outros) profundamente cravados, centrais para o sentido do eu, constituindo o núcleo do autoconceito, e que se originam muito cedo, perpetuando-se no tempo (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011) a não ser que sejam alvo de intervenção terapêutica ou experiências e situações desconfirmatórias, que invalidem o conteúdo do esquema. São resistentes à mudança, sendo que qualquer

possibilidade de eventual transformação é percebida pelo indivíduo como uma ameaça, um fator destabilizador da sua organização cognitiva, e assim desenvolverá processos que lhe permitam lidar com essa ameaça, que passam por distorções de pensamentos e situações, de modo a que se adequem ao conteúdo dos seus esquemas.

Ainda que nomeados de forma distinta consoante os autores (e.g., esquemas cognitivos, crenças irracionais, esquemas precoces mal-adaptativos) qualquer que seja a sua denominação, esta diz respeito ao mesmo conceito: estruturas nas quais a informação está internamente organizada e representada, e que são responsáveis pela atribuição de significado (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011). A atividade cognitiva, as operações e processos cognitivos são orientados pela atividade dos esquemas e estes processos cognitivos por sua vez influenciam a natureza dos esquemas (Beck, 1996). O indivíduo utiliza a influência das experiências passadas no processamento de informação nova, fazendo previsões acerca da realidade em que está inserido. Estes esquemas inconscientes modulam o pensamento e a ação, no sentido em que limitam, orientam e organizam o processamento de informação, fornecem critérios que permitem a regulação da atenção e estruturam sequências de informação, de modo a poderem ser codificadas, armazenadas e recuperadas pela memória e influenciando comportamentos, sendo todo este processo dependente do conteúdo do esquema (Beck, Freeman & Davis, 2003; Young, 2003).

Quando o esquema está ativado, a informação selecionada é aquela que for coerente com a informação que o esquema contém e o processamento é feito em concordância com esse conteúdo, enquanto a informação não congruente é desconsiderada (Beck, 1996; Rafaeli, Bernstein & Young, 2011).

Na clínica, este paradigma pode fornecer um quadro conceptual que permite uma compreensão dos mecanismos cognitivos que subjazem e medeiam cognições, afetos e comportamentos (Rijo, 2009).

A taxonomia de EPMS apresenta atualmente 18 esquemas, agrupados em 5 domínios de funcionamento: Distanciamento e Rejeição, Autonomia e Desempenho Deteriorados, Limites Deteriorados, Influência dos Outros, Vigilância Excessiva e Inibição.

É importante clarificar em que consiste cada um deles, nomeadamente referir quais os défices que favorecem o seu desenvolvimento e que dificuldades de relacionamento interpessoal deles derivam, bem como o tipo de pensamentos, sentimentos e comportamentos mais associados, particularmente para ser mais exequível a perceção de

que domínios ou esquemas poderão estar mais significativamente implicados na Compulsividade Sexual.

2.2 Taxonomia dos Esquemas Precoces Mal-Adaptativos

Nesta secção serão descritos de forma sucinta os domínios em que os dezoito EPMs (Cf. Anexo 1) se encontram inscritos. O domínio **Distanciamento e Rejeição** prende-se com a expectativa de que as necessidades de segurança, estabilidade, apoio, cuidados, empatia, partilha de sentimentos, aceitação e respeito não serão satisfeitas (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011). Envolve esquemas relacionados com violações das necessidades básicas, que muitas vezes surgem quando o ambiente nos primeiros anos de vida é desapropriado, frio, rejeitante, desligado, violento, imprevisível ou abusivo; onde existam défices de segurança, atenção, respeito e de experiências sociais positivas e onde relações próximas, estáveis e duradouras com pessoas pertencentes ao grupo de amigos, da família e da comunidade, são bastante escassas (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011). Sob este domínio desenvolvem-se os EPMs de *Abandono/Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defeito/Vergonha, Isolamento Social/Alienação*.

O domínio de **Autonomia e Desempenho Deteriorados** envolve expectativas sobre o indivíduo e o meio que o rodeia que interferem com a perceção das aptidões próprias para se afastar, sobreviver, funcionar de forma independente, e atuar com sucesso. A família de origem é tipicamente destruidora da confiança da criança, super protetora, ou falha no reforço da atuação competente da criança fora do seio familiar (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011). Sob este domínio desenvolvem-se quatro EPMs: *Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido, Fracasso*.

O domínio dos **Limites Deteriorados** corresponde a uma deficiência nos limites internos, na responsabilidade para com os outros ou orientação e estabelecimento de objetivos a longo prazo. Conduz a dificuldades de relacionamento tais como dificuldades ou incapacidade de cooperar com os outros, de respeitar os direitos do outro, de assumir compromissos, e de estabelecer e alcançar objetivos pessoais realistas.

A família de origem é tipicamente caracterizada por permissividade e indulgência excessivas, falta de orientação ou sentido de superioridade, onde imperam a falta de limites e disciplina em relação à tomada de responsabilidade, falta de confrontação apropriada, uma lacuna na cooperação de maneira recíproca e um défice no estabelecimento de

objetivos. A criança pode não ter sido levada a tolerar os níveis normais de desconforto ou não lhe ter sido dada a supervisão e orientação adequadas, resultando isto num défice na noção de limites por parte da criança, essenciais para que estas sejam capazes de adquirir autodisciplina, o controlo dos seus impulsos e a capacidade de perceção e reconhecimento das necessidades dos outros (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011). Engloba os EPM de *Grandiosidade/Limites Indefinidos* e de *Autodisciplina e Autocontrolo Insuficientes*.

Em quarto lugar, o domínio de **Influência dos Outros** envolve um excessivo enfoque nas necessidades dos outros, em detrimento das suas próprias necessidades, de forma a obter amor e aprovação, ou evitar retaliação. Resulta das dificuldades sentidas durante a infância em expressar as necessidades e as emoções sem receios de represálias, num seio familiar baseado em aceitação condicional (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011). Desenvolvem-se os EMP de *Subjugação*, *Auto-sacrifício*, e ainda *Procura de Aprovação/Reconhecimento*.

Por fim, o domínio da **Vigilância Excessiva e Inibição**, como o próprio nome indica, resulta do excesso de vigilância e da obediência a regras bem como uma exigência do evitamento de erros demasiado rígida a que as crianças são sujeitas. A família de origem é por vezes punitiva e todas estas condições predominam sobre o prazer, a alegria e o relaxamento, o que acaba por originar uma ênfase excessiva no controlo de sentimentos espontâneos ou em cumprir regras e expectativas rígidas acerca do desempenho e comportamento ético (muitas vezes comprometendo a felicidade, relaxamento, relações ou a saúde) levando a uma inibição para a expressão de impulsos e escolhas de modo a evitar cometer erros (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011). Os EPM associados a este domínio são os de *Negativismo/Pessimismo*, *Inibição Emocional*, *Padrões Excessivos/Hipercriticismo* e *Punição*.

Em suma, os EPM emergem de necessidades que não foram satisfeitas ou situações/condições ocorridas nos primeiros anos de vida e persistem no tempo, refletindo-se em padrões de funcionamento ao nível cognitivo, emocional, interpessoal e comportamental, continuando a impedir que as mesmas necessidades sejam satisfeitas posteriormente e na idade adulta.

2.3 Processos Esquemáticos

Para se compreender o conceito de EPM e o seu modo de funcionamento é necessário definir três processos esquemáticos: os Processos de Manutenção, Evitamento e

Compensação do Esquema, os processos através dos quais os esquemas exercem a sua influência no comportamento e se perpetuam (Young, 1990). Estes mantêm a validade dos esquemas quando a possibilidade de uma mudança esquemática é demasiado ameaçadora. Se estes processos forem recorrentes e sistemáticos, tornam-se estilos disfuncionais, que impedem a vivência de situações e experiências capazes de contrariar e enfraquecer os EPM. A ativação destes esquemas é acompanhada por níveis elevados de afeto negativo, o que leva a que se desenvolvam processos automáticos para evitar os esquemas. Por sua vez, sempre que a validade dos esquemas é ameaçada os EPMs podem ativar diversas emoções, como a tristeza, a raiva e o medo. Young identificou estas três formas de resposta que podem ser desenvolvidas, de forma voluntária e automática, quando ocorre esta ameaça (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011; Young, 1999; Young et al., 2003). A sua função consiste em manter a validade dos esquemas, procurando informação que seja congruente com a sua manutenção, o que pode passar pela distorção de informação - a realidade é distorcida para confirmar e manter inalterado o esquema.

O **processo de manutenção** consiste no desenvolvimento de um conjunto de distorções cognitivas (e.g., abstração seletiva, inferência arbitrária, sobregeneralização, pensamento dicotómico, catastrofização, pensamento absolutista, etc.) e a nível comportamental de seleções mal-adaptativas e atividades auto-derrotistas que têm como efeito reforçar as crenças, como por exemplo, que um indivíduo com o EMP de *Desconfiança/Abuso* escolha como companheiro alguém que continua a abusar deles ou a trair, continuando assim a confirmar o seu EPM (Rijo, 2009).

O **processo de evitamento** surge, como o próprio nome indica, sempre que o indivíduo evita pensar em temas relacionados com os esquemas (evitamento cognitivo), experienciar emoções ligadas ao esquema (evitamento emocional) ou evita situações nas quais o esquema seria ativado (evitamento comportamental).

Ocorre por exemplo quando um indivíduo com a crença nuclear de privação emocional não faz qualquer esforço para ter uma relação emocional na vida adulta (e.g. não mantém contacto o tempo suficiente para estabelecer amizade, não assume compromisso numa relação amorosa ou recusa ter filhos) ou evita estar em contacto com a família de origem, acabando por se isolar da sociedade. A estratégia de evitamento da ativação do esquema acaba por ter como resultado a sua manutenção, a reativação de sentimentos de privação, isolamento, vazio e solidão e a impossibilidade de ocorrência de experiências que possam contrariar a crença nuclear (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011).

O **processo de compensação** do esquema consiste na adoção de um estilo cognitivo e comportamental que é aparentemente o oposto das crenças nucleares do indivíduo, constituindo uma tentativa para ultrapassar ou compensar as mesmas, o que por vezes acaba por surtir o efeito inverso. É o caso do indivíduo que, tendo experienciado privação emocional significativa em criança, se comporta de forma narcísica em adulto (Rijo, 2009). Apesar de “funcional” ou adaptativo para o indivíduo em certa medida, se o processo de compensação não for bem-sucedido o esquema voltará a ser ativado. Neste caso, comportando-se desta forma o indivíduo pode acabar por perder qualquer tipo de relação interpessoal e entrar num estado de privação, voltando a ativar o esquema. Rijo (2009) refere que se tende a observar geralmente é o desenvolvimento de um esquema compensatório (e.g., indivíduos com um EPM primário de Defeito/Vergonha que desenvolvem um esquema compensatório de Grandiosidade/Limites Indefinidos).

3. Esquemas Precoces Mal-Adaptativos e Compulsividade Sexual

Os esquemas e respetivos domínios identificam fatores de predisposição para o desenvolvimento e manutenção de sintomatologia psicopatológica, permitindo explicar vários problemas interpessoais (Young, 1999). Embora não tenham que corresponder a perturbações de personalidade, estudos apontam nessa direção, tendo-se vindo a estabelecer uma estreita correlação entre os EPMs e diversas escalas que avaliam perturbações de personalidade. Sendo estruturas significativamente disfuncionais, estes esquemas acentuam as vulnerabilidades da sintomatologia psicopatológica, uma vez que, quando os EPMs são ativados as cognições e afetos são generalizados e influenciam, direta ou indiretamente, as diversas formas de sintomatologia que se venham a manifestar no indivíduo, como a depressão, a ansiedade, a dependência de substâncias, as dificuldades no relacionamento interpessoal e as dificuldades para o desempenho de atividades laborais (Beck et al., 1990; Gouveia et al., 2006; Nordahl et al., 2005; Young, 1999).

A população em geral desenvolve esquemas mal-adaptativos, embora numa proporção muito menor comparativamente aos indivíduos que se desenvolveram num contexto pouco positivo e estimulante e/ou indivíduos com problemas psiquiátricos. Contudo, nem todas as crenças disfuncionais chegam a ser desenvolvidas e quando o são

umas serão mais determinantes para a identidade pessoal do que outras (Young et al., 2003).

São vários os autores que utilizaram este conceito para explicar o comportamento associado à psicopatologia, e a partir de esquemas cognitivos disfuncionais nucleares e precocemente originados na vida do indivíduo, conceptualizaram as mais diversas perturbações mentais, nomeadamente do Eixo I e Eixo II (Beck, 1996; Ellis, 1985; Guidano & Liotti, 1982; Mahoney & Freeman, 1985; Rafaeli, Bernstein & Young, 2011; Young, 1990;).

Do mesmo modo, há evidência de que fatores de ordem psicopatológica (Raymond, Coleman, & Miner, 2003; Reid, Carpenter, & Lloyd, 2009) e dimensões da personalidade possam estar envolvidos na etiologia e/ou manutenção da CS. A personalidade poderá constituir um fator de vulnerabilidade para a compulsividade sexual não só devido a um efeito direto, mas também devido ao seu impacto na predisposição para a sintomatologia psicopatológica. Esta sintomatologia poderá atuar como fator precipitante, exacerbando os comportamentos sexuais compulsivos.

Black, Kehrberg, Flumerfelt e Schlosser (1997) encontraram uma elevada prevalência de comorbilidade com variadas condições psiquiátricas, mais marcadamente perturbações de ansiedade (50%) e de humor (39%) e ainda o abuso de substâncias prolongado (64%). Num estudo de Raymond, Coleman, e Miner (2003), todos os indivíduos que preencheram os critérios para a compulsividade sexual também preencheram os critérios para pelo menos uma perturbação do Eixo I, em algum momento da sua vida.

De facto tem sido demonstrada a elevada comorbilidade entre a compulsividade sexual e uma série de problemas psicopatológicos, como as tendências obsessivas (Schwartz & Abramowitz, 2003), depressão e ansiedade (Ragan & Martin, 2000; Raymond, Coleman, & Miner, 2003; Reid & Carpenter, 2009), o défice de atenção (Kafka & Prentky, 1994; Reid, Carpenter, Gilliland, & Karim, 2011), o abuso de substâncias e fobia social (Kafka & Hennen, 2002) e a disfunção sexual (Butts, 1992).

Existindo grande evidência empírica para a relação dos EPMs e várias dimensões de psicopatologia, e estando esta em estreita relação com a Compulsividade Sexual é de esperar que possa existir uma relação entre estas variáveis e que a presença de EPMs possa estar implicada na Compulsividade Sexual.

Isto leva-nos ainda à importante referência de que ao modificar os EMP poderemos estar a diminuir a sintomatologia psicopatológica (Nordahl et al., 2005) e dada a sua estreita correlação com a CS, poderemos estar a diminuir a sintomatologia a ela inerente ou a minimizar a sua probabilidade de ocorrência.

Estando uma percentagem deste fenómeno relacionada com a presença de comportamentos sexuais de risco e a perda do controlo das situações, que pode levar o indivíduo a cometer as mais variadas transgressões (Carnes, 1983; Arterburn, 1991; *cit por* Stephens, 2000), não deixa de ser relevante mencionar a relação encontrada entre EPMs e comportamentos sexuais agressivos.

Alguns autores sugerem que podem ser encontrados vários níveis de compulsividade (Carnes, 1983; Arterburn, 1991; *cit por* Stephens, 2001), estando “um nível mais elevado” relacionado com comportamentos que podem envolver dano a terceiros (e.g., pequenos crimes relacionados com exibicionismo e voyeurismo e crimes graves relacionados com abuso sexual, pornografia infantil, etc.).

Os estudos existentes acerca da relevância destes esquemas em variáveis do foro sexual, focam-se essencialmente na disfunção sexual (Gomes & Nobre, 2011) e agressão (Sigre-Leirós, Carvalho & Nobre, 2012).

Dados de 2012 revelam que uma amostra de estudantes universitários do sexo masculino demonstrou níveis significativamente mais elevados nos esquemas dos domínios Distanciamento e Rejeição, Autonomia e Desempenho Deteriorados e Vigilância Excessiva e Inibição aquando da existência de comportamentos sexuais agressivos (Sigre-Leirós, Carvalho & Nobre, 2012). Outro estudo revelou que indivíduos condenados por abuso sexual de menores apresentaram significativamente mais esquemas do domínio Distanciamento e Rejeição, Autonomia e Desempenho Deteriorados, Influência dos Outros e Vigilância Excessiva e Inibição que não ofensores, enquanto indivíduos condenados por violação apresentaram mais esquemas dos domínios Autonomia e Desempenho Deteriorados (Carvalho & Nobre, 2014). Os investigadores sugerem também que a TFE pode ser uma abordagem considerável para a intervenção e avaliação psicológica do agressor sexual.

No que diz respeito ao papel dos esquemas na disfunção sexual, dados suportam que possa existir um padrão cognitivo típico nos homens que apresentam disfunção, destacando-se a relevância do EPM de Dependência/Incompetência (Gomes & Nobre, 2011). De um ponto de vista mais amplificado poderia ponderar-se a existência de relação

entre algumas formas de disfunção sexual e o desenvolvimento de comportamentos sexuais compulsivos, o que reforçaria ainda mais a importância de se compreender se estes esquemas têm ou não de facto um peso preponderante no desenrolar de algumas formas de alteração do comportamento sexual. Seria exequível ponderar que numa pequena percentagem de indivíduos a disfunção sexual possa ter implicações na compulsividade sexual, na medida em que um indivíduo com disfunção sexual poderá acabar por renunciar contactos sexuais “saudáveis” devido à preocupação com a sua performance sexual (ou possíveis experiências negativas durante relações sexuais prévias), e passar a desenvolver padrões de comportamento sexual inadaptados, como o recurso à masturbação compulsiva, ou procurar manter relações com múltiplos parceiros sexuais (desenvolvendo crenças como “o problema é com aquela pessoa”, evitando figuras significativas, procurando experiências sexuais mais “impessoais”, etc.) ou recorrendo à prostituição, de forma a diminuir a preocupação com a sua performance ou evitar determinado estímulo. O ciclo de comportamentos sexuais compulsivos (onde geralmente há recurso à masturbação, pornografia e prostituição) poderia igualmente levar à origem e manutenção de crenças disfuncionais (relacionadas com a performance sexual) que impeçam o indivíduo de voltar a vivenciar de forma saudável a sua sexualidade, prejudicando-o por exemplo no momento em que tenta iniciar e manter comportamentos sexuais no contexto de uma (nova) relação interpessoal, amorosa, de namoro, etc. Tal como esta ideia, diversas hipóteses podem surgir acerca dos fatores que, direta ou indiretamente, poderão estar implicados na origem e manutenção destes comportamentos, na esfera das mais variadas dimensões apontadas como relacionadas com este fenómeno. Esta diversidade e multiplicidade de pontos de vista justificam a necessidade de perceber os padrões de crenças e cognições sustentadas por estes indivíduos. Reid (2013) sugere que os indivíduos que procuram ajuda devido ao comportamento hipersexual exibem geralmente traços de impulsividade, rigidez cognitiva, pouca capacidade crítica, défices na regulação emocional e preocupação sexual excessiva, conteúdos que se encontram bastante presentes nos esquemas precoces mal-adaptativos ou gerados/potenciados pela presença destes.

No único estudo encontrado que explora o papel dos EPMs na Compulsividade Sexual, Stephens observou que homens com compulsividade sexual (uns identificando-se como “*sex addicts*” e outros não) têm níveis significativamente mais elevados de esquemas disfuncionais no domínio de **Distanciamento e Rejeição**. Esta foi a principal hipótese de investigação formulada, segundo o autor, com base “em reflexão prévia com respeito às

crenças dos indivíduos com Compulsividade Sexual (Carnes, 1983, 1991, 1997)” e na possível relação sugerida por Robinson (1999) da CS com experiências abusivas na infância e Perturbação de Stress Pós-Traumático (Stephens, 2001, p.2). Alguns exemplos deste tipo de crenças são: “sou uma pessoa basicamente má, indigna”, “ninguém pode gostar de mim como sou, “as minhas necessidades nunca vão ser preenchidas se depender dos outros”, “sexo é a minha necessidade mais importante” (Carnes, 1997, cit por Stephens, 2001).

Acrescenta ainda que baseado no senso comum e na sua experiência clínica parece plausível que as crenças centrais de “*sexual addicts*” exibam este tipo de temas (i.e. temas relacionados com a forma de um indivíduo atuar em relações íntimas, especialmente sexuais), e que a ideia de que o comportamento sexual compulsivo seja pelo menos parcialmente explicado como substituição de ligações genuínas parece ser útil para os pacientes. Contudo, tal como outros aspetos associados a esta síndrome, estas ideias carecem de suporte empírico. O domínio Distanciamento e Rejeição é, de acordo com Young (1999), associado a experiências familiares precoces de rejeição e abuso. Os resultados anteriores parecem apoiar a ideia de que o trauma ou negligência nas relações com figuras significativas precoces, está possivelmente implicado na etiologia da compulsividade sexual.

Tal como referido neste estudo de Stephens (para os EMPs do domínio Distanciamento/Rejeição), sugere-se que, encontrada uma relação significativa entre os EPMs propostos por Young e a compulsividade sexual, estes possam auxiliar na elaboração de critérios adicionais de classificação, ou pelo menos ajudar os clínicos com a conceptualização de casos e intervenção, dado que provavelmente poderão desempenhar um papel considerável na sua etiologia e manutenção.

Em suma, estando sugerido que os Esquemas Precoces Mal-Adaptativos estão associados a inúmeras patologias do Eixo I e II e a determinadas dimensões da Personalidade, tanto por dados empíricos, como pelo modelo teórico subjacente aos EPMs, e sendo o estudo do papel destas variáveis na CS, temática recorrente nesta área de investigação, pretende-se investigar se a presença destes esquemas poderá ter igualmente um papel considerável neste fenómeno. O facto de a sua presença estar ainda associada a algumas variáveis do foro sexual, nomeadamente à agressão sexual (Carvalho & Nobre, 2014) e às disfunções sexuais masculinas (Gomes & Nobre, 2011), reforça a possibilidade

de existir uma associação relevante entre EPMs e algumas facetas do comportamento sexual.

Assim, com esta investigação espera-se contribuir para a caracterização da estrutura cognitiva subjacente à compulsividade sexual, concorrendo com nova informação significativa para a temática, com interesse e pertinência para a prática clínica—nomeadamente a partir da utilização da Terapia Focada nos Esquemas (TFE) como um modelo de referência para melhor compreender estes indivíduos e delinear estratégias de intervenção eficazes. Dado que estes esquemas se desenvolvem precocemente (essencialmente na infância) e tendem a manter-se ao longo da vida adulta, esta área de investigação poderá deter especial pertinência para a prevenção, podendo nomeadamente acrescentar dados importantes para a elaboração de programas de educação sexual.

Capítulo II. Estudo Empírico

Estudo Empírico

1. Pertinência do Estudo e Objetivos de Investigação

O principal objetivo deste estudo prende-se com o reforço da importância do modelo da TFE (Young, 1990) como uma abordagem alternativa à conceptualização e tratamento de inúmeras patologias do eixo I e II, e com algum impacto na forma como se conceptualizam algumas facetas da sexualidade humana. Sendo a CS um constructo que se apresenta atualmente como uma síndrome de algum valor clínico, e ao mesmo tempo tratando-se de uma valência do comportamento sexual, o objetivo deste estudo é precisamente avaliar a pertinência deste modelo na compreensão deste fenómeno, esperando-se que possa vir a constituir uma alternativa na forma como se conceptualiza a hipersexualidade e como se intervém a este nível.

Para tal, será avaliada a capacidade preditora dos EMPs na CS em homens e mulheres, controlando-se simultaneamente fatores cujo papel na CS é já conhecido (como é o caso da psicopatologia, estreitamente relacionada com a CS e os próprios EPMS). Dado o carácter exploratório deste estudo, e pela ausência de um corpo teoricamente claro e relevante que o permita fazer, não serão levantadas hipóteses de investigação.

A população em estudo são os estudantes do ensino superior em Portugal. Embora não seja esperado que esta população apresente valores clinicamente significativos de CS, pelo contexto e período da história desenvolvimental em que a maioria dos estudantes se encontra, poderá constituir-se como uma amostra de risco. Trata-se de uma fase importante do desenvolvimento psicosssexual do indivíduo, em que os jovens exploram e (re) definem a sua identidade sexual, encontrando-se geralmente mais propensos a um maior número de experiências sexuais e a adotar comportamentos exploratórios no que diz respeito à sua sexualidade (Dodge, Reece, Cole, & Sandfort, 2004). A transição para o ensino universitário é também por vezes um período que gera algumas dificuldades de adaptação. Por ser um período de experimentação de papéis, adaptação a novas tarefas, de novas relações interpessoais e experiências, e de construção de identidade, pode ser marcado por níveis elevados de *distress*, o que pode constituir um fator de risco no que diz respeito ao início e/ou manutenção de comportamentos sexuais compulsivos. Adicionalmente poderá

revelar-se importante conhecer a incidência deste fenómeno na população estudantil. Estimar a sua prevalência numa amostra da comunidade pode ser útil para perceber a necessidade de se adotarem estratégias preventivas e educativas. Atualmente é consensual que, apesar de mais pronunciada na idade adulta, uma porção significativa dos adultos com CS começou a experienciar comportamentos sexuais problemáticos durante a adolescência (Reid et al., 2012).

2. Método

2.1 Participantes e Procedimentos

A amostra deste estudo é constituída por estudantes universitários portugueses do sexo masculino (n=444) e do sexo feminino (n=942), tendo sido selecionada segundo um método de amostragem não probabilística, do tipo por conveniência. Os estudantes do sexo masculino apresentam uma idade média de 25 anos (DP =7.82) e do sexo feminino de 23 anos (DP =5.77).

Os participantes foram recrutados via correio eletrónico, entre Outubro de 2013 e Setembro de 2014, após aprovação do estudo pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Os dados foram recolhidos através de um questionário *online*, com recurso à plataforma Google Docs. Do mesmo fizeram parte as questões de todos os instrumentos anteriormente mencionados, introduzidas e configuradas de acordo com o seu formato original, fazendo-se acompanhar de um breve texto introdutório onde os alunos foram informados dos objetivos gerais do estudo.

Por motivos de conservação de espaço para reflexão e discussão, os resultados descritivos serão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 1
Características Sociodemográficas da Amostra

	Sexo Masculino (n= 444)	Sexo Feminino (n=940)
Estado Civil (%)		
Casado	7.9	5.2

Solteiro	87.6	91.0
União de Facto	2.0	2.8
Divorciado	1.8	0.8
Separado	0.7	0.2
Orientação Sexual (%)		
Heterossexual	83.6	92.8
Bissexual	4.7	5.0
Homossexual	11.7	2.2
Frequência de Atividade Sexual		
Nenhuma	16.9	20.9
Raramente	14.4	10.1
1 vez por mês	6.1	5.6
2/3 vezes por mês	13.7	14.8
1/3 vezes por semana	39.6	42.3
Quase sempre	9.2	6.4
Número de Parceiros Sexuais		
Nenhum	40.1	33.7
Um parceiro sexual	56.1	64.2
Dois parceiros sexuais	2.3	1.0
Múltiplos parceiros sexuais	1.6	1.2
Idade da Primeira Relação Sexual		
M (DP)	17.05 (4.67)	16.95 (4.24)
Vítima de Abuso Sexual (%)		
	1.1	4.6
Consumo de Drogas (%)		
Todas as semanas	4.3	1.9
1-3 vezes/mês	4.5	2.7
1-3 vezes/ano	5.4	4.0
Total	14.2	8.6

2.2 Instrumentos

Procurando dar respostas às questões subjacentes aos principais objetivos do estudo foi utilizado o conjunto de instrumentos abaixo apresentados.

2.2.1 Formulário de consentimento informado

Este termo de consentimento (Cf. Anexo 2) foi apresentado na folha de rosto do questionário *online*, com o objetivo de salvaguardar uma participação consciente e informada, voluntária e independente, ressaltando a possibilidade de desistência em

qualquer momento do processo de recolha e o direito à obtenção de informação adicional ou acesso aos resultados da investigação se os participantes assim o desejassem.

2.2.2 Questionário Sociodemográfico

Para o levantamento dos dados sociodemográficos foi utilizado um conjunto de questões que constituíram a primeira seção do questionário *online* (Cf. Anexo 3). Indicadores com pertinência para a investigação tais como a idade com que foi iniciada a atividade sexual, a frequência de atividade sexual, entre outros, foram incluídos.

2.2.3 Breve Inventário de Sintomas (BSI)

O BSI é um questionário de auto-resposta constituído por 53 itens, que avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e três Índices Globais. Os indivíduos deverão classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala do tipo *Likert* (desde “nunca” a “muitíssimas vezes”). A sua versão original apresenta boas características psicométricas com valores de consistência interna que variam entre .71 (psicoticismo) e .85 (depressão) (Derogatis & Spencer, 1982). Relativamente aos estudos psicométricos realizados com a população portuguesa (Canavarro, 1999), encontraram-se igualmente níveis aceitáveis de consistência interna com valores de alfa entre .62 (psicoticismo) e .80 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre .63 (ideação paranóide) e .81 (depressão). Na presente amostra os valores de consistência interna variaram entre .73 (psicoticismo) e .89 (depressão).

2.2.4 Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3)

Para a análise e identificação dos EPMs foi utilizada a versão portuguesa do *Young Schema Questionnaire* (YSQ-S3, Young, 2005), traduzido e adaptado por Pinto-Gouveia, Rijo e Salvador (2005). Esta versão é composta por 90 itens e avalia os 18 EPMs que foram anteriormente mencionados, sendo apresentado para cada EPM um conjunto de 5 itens não consecutivos e usada uma escala de Likert de 6 pontos (desde “completamente falso” a “descreve-me perfeitamente”). Quanto mais elevada a pontuação atribuída ao item, mais desadaptativas serão as crenças. Nos estudos de validação do instrumento para a

população portuguesa, onde foi constituída uma amostra de indivíduos da população geral (N=1226), verificou-se que a escala possui elevada consistência interna, com um valor de α de Cronbach de .967 para o total da escala. Os valores de α para as subescalas situam-se entre .571 e .861. Os estudos também realizados acerca da validade convergente do YSQ-S3, com diversos instrumentos que fornecem indicadores globais e dimensões específicas de psicopatologia sintomática, mostraram associações significativas e fortes entre os diversos indicadores de psicopatologia geral e o total do YSQ-S3 (Rijo, 2009). Uma análise mais pormenorizada da dimensão das associações encontradas permitiu destacar alguns padrões específicos de associação entre alguns dos EMP avaliados pelo YSQ-S3 e dimensões específicas de psicopatologia, nomeadamente as do BSI. Estes estudos foram realizados numa amostra alargada da população geral e também numa amostra de 115 doentes com psicopatologia do Eixo I e do Eixo II do DSM-IV. Os resultados mostraram nitidamente uma tendência de determinados EMP para se associarem mais consistentemente à ansiedade, depressão e psicopatologia geral, enquanto outros parecem estar associados a dimensões mais específicas, tais como a ideação paranóide, a hostilidade ou a somatização (Rijo, 2009). O YSQ-S3 revelou discriminar bem entre indivíduos da população geral, indivíduos com psicopatologia do Eixo I e indivíduos com psicopatologia do Eixo II. Na presente amostra a escala apresentou valores elevados de consistência interna, sendo o α de Cronbach do total da escala de .97. De uma maneira geral, os 18 fatores que constituem o YSQ-S3 apresentam boa ou muito boa consistência interna, com valores de α entre .71 (Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido) e .91 (Fracasso).

2.2.5 Escala de Compulsividade Sexual (SCS)

A Escala de Compulsividade Sexual desenvolvida por Kalichman & Rompa (1995) é um questionário de auto-resposta, constituído por 10 itens, que avalia a hipersexualidade e a preocupação sexual, ou seja o impacto de pensamentos sexuais e sua interferência no funcionamento diário e o sentimento de incapacidade para controlar esses pensamentos e comportamentos. É pedido ao participante que indique até que ponto concorda com uma série de afirmações relacionadas com o comportamento sexual compulsivo, preocupações sexuais e pensamentos sexualmente intrusivos (Kalichman & Rompa, 2001) e assinale segundo uma escala do tipo Likert como varia a sua resposta entre “Nada” e “Muito”. Esta escala apresenta valores de consistência interna de .86 (amostra composta por indivíduos homossexuais) e .87 (amostra composta por indivíduos heterossexuais), para a primeira

amostra verificou-se uma fidelidade teste-reteste de .64 e para a segunda de .80 (Kalichman & Rompa, 1995). A versão portuguesa da escala (Guerra, 2012) apresenta valores aceitáveis de consistência interna: .84 para uma amostra de estudantes universitários do sexo masculino e .79 para a amostra de estudantes do sexo feminino.

Na presente amostra a escala apresenta uma boa consistência interna com valores de .86 para os homens e .82 para as mulheres.

2.3 Análise de dados

Os dados recolhidos foram exportados em formato *Microsoft Office Excel*, facilitando a sua inserção no *software* de tratamento estatístico (IBM SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21).

Para se avaliar o papel dos Esquemas Precoces Mal-Adaptativos na Compulsividade Sexual realizou-se uma análise de Regressão Múltipla Hierárquica (método Enter), onde os esquemas de cada domínio (medidos através do YSQ-S3) foram selecionados como variáveis preditoras, e a Compulsividade Sexual (avaliada a partir do SCS) como variável dependente ou critério, controlando-se simultaneamente os fatores cujo papel na CS é já conhecido (como a psicopatologia, associada à CS e aos próprios esquemas).

3. Resultados

Compulsividade Sexual em Estudantes Universitários

As pontuações de Compulsividade Sexual obtidas variaram entre 10 e 40 para as mulheres e 10 e 38 para os homens (as pontuações possíveis desta escala variam entre 10 e 40), obtendo-se uma média de 16.41 (DP= .56) para os homens e de 13.10 para as mulheres (DP= .38). Foi realizado um teste *t* para comparar as médias de CS com o ponto de corte (24) que tem sido usado para distinguir pontuações de compulsividade sexual severa (Hook, Hook, Davis, Everett, & Penberthy, 2010). A análise revelou diferenças significativas quer para os homens, $t(443) = -28.518$, $p < .001$, quer para as mulheres, $t(941) = -88.273$, $p < .001$, sugerindo que na presente amostra os índices de compulsividade sexual estão longe de se revelar como clinicamente significativos,

podendo esta ser observada mais como um traço ou dimensão da sexualidade do que um diagnóstico clínico.

Esquemas Precoces Mal-Adaptativos e Compulsividade Sexual em Estudantes do Sexo Masculino

Após se efetuar uma análise de regressão hierárquica com método Enter, os resultados do primeiro passo da análise, onde as variáveis referentes às características sociodemográficas foram inseridas em bloco, revelaram que o modelo não é significativo [$F(5, 405) = .631, p > .05$ ($p = .676$)], verificando-se que as variáveis não contribuem significativamente para prever a compulsividade sexual [$\Delta R^2 = .008$; $F_{\text{chg}}(5, 405) = .631, p > .05$ ($p = .676$)].

Os resultados do segundo passo da análise, em que foram introduzidas as nove dimensões de psicopatologia, revelaram um modelo significativo [$F(14, 396) = 9.524, p < .001$], que dá conta de 25% da variância ($R^2 = .252$), revelando como preditores significativos o número de parceiros sexuais ($\beta = .11, p < .05$), a hostilidade ($\beta = .21, p \leq .001$), o psicoticismo ($\beta = .32, p < .001$) e a sensibilidade interpessoal ($\beta = .18, p < .05$).

No seu conjunto, as dimensões de psicopatologia introduzidas no 2º modelo contribuíram significativamente para prever a compulsividade sexual, para além das variáveis sociodemográficas incluídas no 1º passo [$\Delta R^2 = .244$; $F_{\text{chg}}(9, 396) = 14,360, p < .001$].

Os resultados do último passo da análise, em que se introduziram os 18 EPMs, revelam um modelo significativo [$F(32, 378) = 6.998, p < .001$], que explica 37% da variância ($R^2 = .372$), verificando-se assim que os 18 EPMs contribuem significativamente para prever a compulsividade sexual para além das variáveis sociodemográficas e dimensões de psicopatologia incluídas no 1º e 2º passos, com um acréscimo de 12% de variância na variância total [$\Delta R^2 = .120$; $F_{\text{chg}}(18, 378) = 4,017, p < .001$]. No modelo constituído revelam-se como preditores significativos a hostilidade ($\beta = .19, p < .01$), o psicoticismo ($\beta = .25, p < .01$) e os EPMs de Grandiosidade/Limites Indefinidos ($\beta = .12, p < .05$) e Procura de Aprovação/Reconhecimento ($\beta = .22, p < .001$).

Tabela 2
 Preditores da Compulsividade Sexual: Sexo Masculino (n=444)

Variáveis Predictoras	B	Erro Padrão B	β	T	R ²	ΔR^2
Passo 1					.008	
Número de Parceiros Sexuais	,070	,056	,075	1,252		
Freq. Atividade Sexual	-,003	,021	-,009	-,149		
Idade Primeira Relação Sexual	-,004	,006	-,033	-,659		
Vítima Abuso Sexual	,234	,284	,041	,825		
Consumo de Drogas	,032	,077	,021	,418		
Passo 2					.252***	.244***
Número de Parceiros Sexuais	,098	,050	,105*	1,982		
Freq. Atividade Sexual	,015	,019	,044	,821		
Idade Primeira Relação Sexual	,002	,005	,016	,358		
Vítima Abuso Sexual	,205	,251	,036	,817		
Consumo de Drogas	-,012	,069	-,008	-,178		
Somatização	-,044	,064	-,049	-,682		
Depressão	-,054	,055	-,083	-,980		
Hostilidade	,160	,047	,212**	3,426		
Ansiedade	-,064	,066	-,082	-,964		
Ansiedade Fóbica	-,066	,064	-,071	-1,042		
Psicoticismo	,236	,065	,316***	3,630		
Ideação Paranóide	,000	,012	,003	,038		
Obs.Compulsivo	,078	,054	,104	1,437		
Sensibilidade Interpessoal	,121	,057	,176*	2,106		
Passo 3					.372***	.120***
Número de Parceiros Sexuais	,066	,049	,071	1,362		
Freq. Atividade Sexual	,022	,018	,064	1,223		
Idade Primeira Relação Sexual	,003	,005	,026	,586		
Vítima Abuso Sexual	,277	,240	,049	1,152		
Consumo de Drogas	-,014	,067	-,009	-,210		
Somatização	-,029	,063	-,032	-,456		
Depressão	-,090	,061	-,140	-1,490		
Hostilidade	,146	,046	,194**	3,158		
Ansiedade	-,090	,066	-,115	-1,355		
Ansiedade Fóbica	-,037	,062	-,040	-,606		
Psicoticismo	,183	,070	,245**	2,620		
Ideação Paranóide	-,020	,012	-,115	-1,635		

Obs. Compulsivo	,089	,055	,118	1,623
Sensibilidade Interpessoal	,062	,057	,090	1,072
Privação Emocional	,000	,007	-,002	-,032
Abandono/ Instabilidade	-,001	,006	-,008	-,119
Desconfiança/ Abuso	-,006	,007	-,058	-,789
Isolamento Social/Alienação	-,002	,007	-,021	-,265
Defeito/Vergonha	,016	,009	,155	1,811
Dependência/ Incompetência	-,011	,010	-,077	-1,082
Vulnerabilidade ao mal e à doença	,004	,008	,032	,436
Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	,003	,008	,022	,363
Subjugação	,017	,009	,145	1,930
Auto-Sacrifício	,008	,007	,066	1,198
Inibição Emocional	-,004	,005	-,044	-,817
Padrões Excessivos/ Hipercriticismo	,009	,006	,073	1,335
Grandiosidade/ Limites Indefinidos	,015	,007	,122*	2,031
Autodisciplina/ Autocontrole Insuficientes	,001	,007	,013	,207
Procura de Aprovação/ Reconhecimento	,023	,006	,222***	3,811
Negativismo/ Pessimismo	-,006	,007	-,064	-,814
Punição	-,009	,006	-,080	-1,432
Fracasso	,006	,007	,063	,932

Nota: Passo1 $R^2_{Aj} = -.005$; Passo2 $R^2_{Aj} = .225$; Passo3 $R^2_{Aj} = .319$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Esquemas Precoces Mal-Adaptativos e Compulsividade Sexual em Estudantes do Sexo Feminino

Depois de se efetuar uma análise de regressão hierárquica com método Enter, obteve-se no primeiro passo da análise um modelo significativo $F(5, 856) = 3.993$, $p \leq .001$ que explica 2.3% da variância ($R^2 = .023$). Obtiveram-se como preditores significativos da CS as variáveis “vítima de abuso sexual” ($\beta = .092$, $p < .01$) e “consumo de drogas” ($\beta = .11$, $p < .01$). No segundo passo da análise obteve-se um modelo significativo [$F(14, 847) =$

1.364, $p < .001$] que explica 15% da variância total ($R^2 = .151$). Mais uma vez o conjunto das dimensões de psicopatologia introduzidas no 2º modelo contribuíram significativamente para prever a compulsividade sexual, para além das variáveis sociodemográficas incluídas no 1º passo, acrescentando 13% de variância adicional [$\Delta R^2 = .129$; $F_{\text{chg}}(9, 847) = 14,256$, $p < .001$]. Revelaram-se como preditores significativos o consumo de drogas ($\beta = .092$, $p < .01$), a hostilidade ($\beta = .16$, $p < .001$), a ansiedade ($\beta = -.26$, $p < .001$), a ansiedade fóbica ($\beta = .14$, $p < .01$), o psicoticismo ($\beta = .24$, $p < .001$), a ideação paranóide ($\beta = .12$, $p < .05$) e por fim a sensibilidade interpessoal ($\beta = -.21$, $p \leq .001$).

No terceiro passo da análise obteve-se também um modelo significativo [$F(32, 829) = 7.129$, $p \leq .001$], explicando este 22% do total da variância ($R^2 = .216$), verificando-se que também nas mulheres os 18 EPMs contribuem significativamente para prever a compulsividade sexual para além das variáveis sociodemográficas e dimensões de psicopatologia incluídas no 1º e 2º passos, com um acréscimo de 6.4% de variância na variância total [$\Delta R^2 = .064$; $F_{\text{chg}}(18, 829) = 3,786$, $p < .001$]. Foram encontrados os seguintes preditores significativos: consumo de drogas ($\beta = .080$, $p < .05$), hostilidade ($\beta = .11$, $p < .05$), ansiedade ($\beta = -.25$, $p < .001$), ansiedade fóbica ($\beta = .13$, $p < .01$), psicoticismo ($\beta = .18$, $p < .01$), sensibilidade interpessoal ($\beta = -.22$, $p < .001$) e os EPMs de Defeito/Vergonha ($\beta = .16$, $p < .01$), Grandiosidade/Limites Indefinidos ($\beta = .12$, $p < .01$) e Autodisciplina/Autocontrolo Insuficientes ($\beta = .12$, $p < .05$).

Tabela 3
Preditores da Compulsividade Sexual: Sexo Feminino (n=942)

Variáveis Predictoras	B	Erro Padrão	β	t	R^2	ΔR^2
Passo 1					.023**	
Núm. de Parceiros Sexuais	,026	,032	,036	,795		
Freq. Atividade Sexual	-,005	,011	-,021	-,470		
Idade Primeira Relação Sexual	,000	,003	-,004	-,114		
Vítima Abuso Sexual	,164	,061	,092**	2,706		
Consumo de Drogas	,143	,045	,108**	3,185		
Passo 2					.151***	.129***
Núm. de Parceiros Sexuais	,043	,031	,059	1,394		
Freq. Atividade Sexual	,001	,010	,003	,060		

Idade Primeira Relação Sexual	,002	,003	,027	,813		
Vítima Abuso Sexual	,094	,058	,053	1,618		
Consumo de Drogas	,121	,043	,092**	2,832		
Somatização	,008	,026	,014	,304		
Depressão	,034	,027	,072	1,256		
Hostilidade	,082	,023	,161***	3,620		
Ansiedade	-,133	,030	-,260***	-4,416		
Ansiedade Fóbica	,083	,028	,139**	2,986		
Psicoticismo	,131	,033	,241***	3,935		
Ideação Paranóide	,014	,006	,115*	2,226		
Obs. Compulsivo	,048	,026	,090	1,872		
Sensibilidade Interpessoal	-,095	,027	-,205**	-3,456		
					.216***	.064***
Passo 3						
Núm. de Parceiros Sexuais	,048	,031	,067	1,570		
Freq. Atividade Sexual	,007	,010	,029	,676		
Idade Primeira Relação Sexual	,003	,003	,038	1,176		
Vítima Abuso Sexual	,068	,058	,038	1,173		
Consumo de Drogas	,106	,043	,080*	2,488		
Somatização	,022	,026	,039	,830		
Depressão	,023	,030	,048	,754		
Hostilidade	,056	,023	,109*	2,387		
Ansiedade	-,126	,031	-,245***	-4,089		
Ansiedade Fóbica	,076	,028	,128**	2,711		
Psicoticismo	,097	,035	,179**	2,749		
Ideação Paranóide	,002	,007	,016	,286		
Obs. Compulsivo	,033	,027	,062	1,217		
Sensibilidade Interpessoal	-,100	,028	-,215***	-3,547		
Privação Emocional	9,836E-006	,004	,000	,003		
Abandono/ Instabilidade	-,005	,003	-,081	-1,636		
Desconfiança/Abuso	,005	,004	,079	1,333		
Isolamento Social/Alienação	-,004	,004	-,065	-1,202		
Defeito/Vergonha	,013	,004	,161**	3,052		
Dependência/ Incompetência	-,002	,005	-,023	-,488		
Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	,005	,004	,065	1,235		
Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	,002	,004	,021	,509		

Subjugação	,010	,005	,107	1,945
Auto-Sacrifício	,000	,003	,005	,115
Inibição Emocional	,001	,003	,015	,351
Padrões Excessivos/ Hipercriticismo	,003	,003	,040	,877
Grandiosidade/ Limites Indefinidos	,010	,004	,122**	2,665
Autodisciplina/ Autocontrolo Insuficientes	,009	,004	,117*	2,465
Procura de Aprovação/ Reconhecimento	-,003	,003	-,042	-,947
Negativismo/ Pessimismo	-,002	,004	-,034	-,560
-				
Punição	8,630E -005	,003	-,001	-,025
Fracasso	-,005	,004	-,068	-1,422

Nota: Passo1 $R^2_{Aj} = .017$; Passo2 $R^2_{Aj} = .137$; Passo3 $R^2_{Aj} = .186$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

4. Discussão de Resultados

De uma forma geral pode concluir-se que os resultados obtidos surgiram no sentido do que era esperado observar. Apesar do modelo que inclui as características sociodemográficas não se ter revelado significativo para o sexo masculino, este resultado não se apresenta necessariamente como contraditório, sendo possível avançar algumas explicações, refletindo acerca da metodologia do estudo e considerando o que tem sido sugerido na literatura e por investigação prévia. Uma possível interpretação deste resultado poderá prender-se com o fato da amostra não apresentar valores de CS clinicamente significativos, o que se traduz num menor grau de desajustamento, refletido nestas variáveis. Por outro lado, tal como já sugerido anteriormente, variáveis como o número de parceiros sexuais ou a frequência de atividade sexual tendem a perder relevância, a não ser que estas características sejam indicadas pelo sujeito como negativas (abusivas, intrusivas, nocivas para a sua saúde física e psicológica). Neste caso, não se constituindo os itens como muito específicos, e ricos em informação de carácter mais subjetivo, este facto poderá de alguma forma contribuir para que as referidas variáveis não se revelem como

preditores da CS neste estudo, uma vez que a dimensão mais relevante no peso destas variáveis no fenómeno será sempre o grau de interferência na vida do indivíduo e de mal-estar subjetivo relatado. A análise sugere a existência de diferenças de género, uma vez que, ainda relativamente a esta categoria de variáveis, nas mulheres o modelo revelou-se significativo, surgindo como preditores significativos o consumo de drogas e a experiência de vitimização sexual – esta última, tendo vindo a perder relevância no modelo final – o que também se apresenta de acordo com o que tem sido sugerido, sendo talvez, do conjunto de variáveis inseridas, as que mais aparecem como frequentemente associadas ao fenómeno pelos clínicos. Nos poucos estudos conduzidos acerca da compulsividade sexual em mulheres adultas, evidências sugerem que o abuso sexual na infância é mais comum em mulheres do que em homens com CS (Opitz, Tsytsarev & Froh, 2009), o que sugere que este pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de CS nas mulheres, embora estudos mais recentes sugiram que provavelmente existem mais semelhanças que diferenças entre homens e mulheres sexualmente compulsivos (Reid, Dhuffar, Parhami, & Fong, 2012).

A estreita relação entre o consumo de substâncias e o comportamento sexual compulsivo já tem sido referida ao longo do presente trabalho. Recentemente Kelly, Bimbi, Nanin, Izienicki & Parsons (2009) verificaram que homens bissexuais e homossexuais com compulsividade sexual, eram mais propensos a usar álcool e/ou drogas quando se envolvem sexualmente, comparativamente aos que não foram identificados como sexualmente compulsivos (pontuações na SCS abaixo do ponto de corte). Porém esta relação já vem sendo relatada através do tempo por vários autores (e.g., Benotsch, Kalichman, & Pinkerton, 2001; Kalichman & Rompa, 1995; Quadland, 1985). Benotsch e colaboradores (1999) verificaram que valores elevados de CS (novamente medidos através da SCS) mostraram-se preditores de maiores taxas de sexo desprotegido, maior número de parceiros sexuais e maior uso de cocaína em homens com VIH. Reforçando os resultados encontrados, não deixa de ser importante realçar que da mesma forma é também encontrada relação entre algumas formas de comportamento aditivo e a presença de EPMs. Brotchie, Meyer, Copello, Kidney e Waller (2004), debruçando-se sobre o papel das crenças nucleares nos abusadores de álcool e de opiáceos, observaram que os grupos clínicos revelaram sempre mais EPMs que o grupo não clínico. Vários outros autores estudaram a sua difusão entre consumidores de substâncias (Ball & Cecero 2001; Ball & Young 2000; Brotchie et al., 2004, 2006; Shorey, Anderson, & Stuart, 2011). Ball (2007)

inclusive verificou que a intervenção direcionada à modificação dos EPMs se refletiu em melhores resultados no controlo do uso de substâncias, enquanto um estudo de Roper, Dickson, Tinwell, Booth, & McGuire (2010) demonstra que a presença de EPMs em consumidores de álcool diminui significativamente após ingresso num breve programa de tratamento.

Tal como previsto também diferentes dimensões de psicopatologia se destacaram como preditores significativos da CS quer nos homens, quer nas mulheres. Os resultados corroboram as evidências de correlação já existentes, como as encontradas por Reid, Carpenter e Lloyd (2009), que num estudo com pacientes que procuraram ajuda para a compulsividade sexual, verificaram que estes apresentaram mais sintomas depressivos, sensibilidade interpessoal, obsessão, alienação social e psicoticismo do que a amostra de controlo constituída por estudantes.

A dimensão de hostilidade, que se revelou como um preditor positivo da CS para ambos os sexos, inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera, o que poderá reforçar o quadro de características que tem vindo a ser descrito como típico para estes indivíduos e a ideia de que os comportamentos sexuais compulsivos possam ser estabelecidos e mantidos para mediar afetos, cognições e estados emocionais negativos. São vários os autores que mencionam que, em contexto clínico, muitas vezes os pacientes utilizam a atividade sexual como estratégia de *coping* para evitar ou escapar da dor emocional, ativada pela vergonha ou por outras experiências afetivas desagradáveis (e.g., Adams & Robinson, 2001; Reed, 2000; Schwartz & Masters, 1994).

Também a dimensão de psicoticismo, que abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, uma predisposição para a hostilidade, impulsividade, centralidade nas vivências internas (e associação ao controlo do pensamento), se apresentou como um preditor positivo da CS para ambos os sexos. Esta escala foi desenvolvida de modo a representar este constructo como uma dimensão contínua da experiência humana, fornecendo um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (Canavarro, 1999). Indivíduos com traços de Personalidade Esquizóide apresentam, geralmente, pouco interesse pelas relações sociais, tendência ao isolamento e à introspeção, e são caracterizados por um certo embotamento afetivo. Características adjacentes têm sido encontradas em indivíduos com comportamento hipersexual, sendo usualmente reportadas dificuldades de relacionamento

interpessoal e pouco interesse em estabelecer relações íntimas. A implicação desta dimensão na CS poderá ser evidenciada pelo fato das relações sexuais estabelecidas serem geralmente desprovidas de afeto, pela presença de pensamentos sexuais intrusivos e pela ideia recorrente de que os comportamentos sexuais compulsivos possam representar uma estratégia compensatória quando prevalecem relações interpessoais pobres e pouco satisfatórias. Podendo ser estabelecidos na expectativa de se criar um sentimento de proximidade e intimidade através do contacto sexual, estes podem funcionar como uma estratégia de *coping* mal-adaptativa que procura aliviar a angústia e o mal-estar, tal como sugerido por Adams e Robinson (2001).

A conceção de Schwartz & Masters (1994) —que sugerem que este fenómeno pode ser melhor conceptualizado como uma desordem de intimidade, constituindo a incapacidade do indivíduo para estabelecer vínculos e ligação afetiva adequada em relações de intimidade o seu aspeto central— é particularmente importante para o estabelecimento de relação com os EPMS e o modelo a eles subjacente. Sendo sugerido que a origem deste fenómeno pode ter por base a falha no estabelecimento de vínculo com os cuidadores primários (Carnes, 1983, 1991; Schwartz, 1996) pode conceber-se a compulsão sexual como uma forma de compensar estas experiências negativas. Deste modo, os comportamentos sexuais compulsivos poderão surgir, derivados dos processos de manutenção, compensação e evitamento dos esquemas mal-adaptativos, originados a partir dessas lacunas e experiências precoces negativas, tal como sugerido pelo modelo de Young. Partindo desta perspetiva a derradeira experiência terapêutica para os indivíduos sexualmente compulsivos poderá passar pela experimentação de vínculos e laços afetivos, estabelecimento de relações íntimas duradouras, estáveis, positivas e de confiança com o outro.

Para o sexo feminino surgiram ainda como preditores a ansiedade fóbica e, contrariamente ao que era esperado, a ansiedade e a sensibilidade interpessoal como preditores negativos da CS. A ansiedade fóbica é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica), que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais disruptivas (Canavarro, 1999). Ainda que não exista um grande foco de atenção na pesquisa de relação entre este tipo específico de sintomatologia ansiosa e a CS, tem sido

demonstrado que tal como o medo, outras emoções primárias como a culpa e a vergonha (Izard, 1977; Tomkins, 1962, 1963) têm sido associadas aos comportamentos sexuais compulsivos. Se analisarmos este pressuposto à luz de concepções básicas da emoção, as três tendem frequentemente a surgir associadas (Izard & Buechler, 1980, Izard, 1991; Queirós, 1997). Esta relação poderá pressupor uma base comum, que estabeleça de alguma forma a sua representatividade no papel da conceptualização da CS. Embora o medo não seja o único componente determinante para a definição de ansiedade fóbica, parece pertinente que fundamente esta relação, na medida em que desencadeia (geralmente) comportamentos de fuga ou evitamento. Neste sentido os comportamentos sexuais compulsivos poderão representar uma resposta comportamental desse tipo. Mais uma vez, poderá apresentar-se como uma estratégia mal adaptativa para lidar com os objetos fóbicos, a ansiedade sentida e os pensamentos e cognições derivadas. Como principal sistema motivacional e organizacional do ser humano (Izard, 1991), as emoções influenciam diretamente as perceções e a atenção e conseqüentemente o processamento de informação e ações subseqüentes, ativando cognições específicas e redes associativas relevantes na memória, o que remete igualmente para os processos explicativos do desenvolvimento e manutenção dos esquemas proposto na TFE, se pretendermos estabelecer um paralelo com o modelo que se quer demonstrar como adequado para conceptualizar a CS. Assim, o medo associado a estados de ansiedade decorrentes de uma fobia específica, poderá, tal como outras emoções já sugeridas, desempenhar um papel na manutenção e/ou etiologia deste fenómeno. As perturbações de ansiedade fóbicas geralmente coocorrem com outras formas de sintomatologia ansiosa (APA, 2000), nomeadamente perturbações relacionadas com substâncias, cuja relação ou pelo menos comorbilidade com a CS já foi amplamente demonstrada, e a Perturbação Obsessivo-compulsiva, sendo os comportamentos sexuais compulsivos também comparados por alguns autores aos rituais desenvolvidos neste tipo de perturbação.

O fato da amostra não ser representativa da população clínica (i.e. não se encontrarem valores indicadores de sintomatologia clínica significativa na amostra) e se observar deste modo a CS como uma faceta da sexualidade (melhor representada como traço ou tendência num contínuo) poderá ter alguma influência na apresentação da dimensão de ansiedade como um preditor negativo de CS para as mulheres. É pouco provável que exista uma propensão para que indivíduos sem manifestações de compulsividade sexual severa adotem este tipo de comportamentos para lidar com

sintomatologia que remete para estados de ansiedade bastante elevada (a escala abrange itens que remetem para nervosismo, tensão, pânico, medo e temor) e sintomas de ansiedade generalizada (da qual não há evidência de relação com a CS).

Ainda no que diz respeito às participantes do sexo feminino, a dimensão de Sensibilidade Interpessoal estabeleceu-se igualmente como um preditor negativo. Esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente na comparação com o outro. A auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão (Canavarro, 1999). Este é um resultado bastante controverso. Para além de ser esperado que esta dimensão se apresentasse como um forte preditor positivo, o EPM de Defeito/Vergonha com conteúdos temáticos análogos aos desta dimensão, surgiu nesta amostra como preditor significativo da CS, o que torna ainda mais difícil explicar este resultado. Contudo, mais uma vez, devido a não se tratar de uma amostra clínica, as pontuações obtidas nesta dimensão podem relacionar-se com traços de introversão, mais do que localizar-se nos limites do contínuo da escala. Neste sentido, é possível que em amostras não clínicas a CS esteja talvez mais associada a um tipo de comportamento de extroversão— e neste caso, talvez sejam as mulheres que apresentam menor timidez (e menores dificuldades de relacionamento interpessoal derivadas dessa característica) as mais compulsivas, por apresentarem possivelmente uma maior desinibição do ponto de vista sexual e menor dificuldade em estabelecer contactos sexuais “impessoais” ou desprovidos de “significado afetivo”. Por outro lado, este resultado é bastante coerente com o aparecimento do EPM de Grandiosidade/Limites Indefinidos como preditor significativo nesta amostra, o que sugere que, crenças de que se é superior, por oposição a crenças de inferioridade e sentimentos de inadequação, poderão estar efetivamente relacionadas com o fenómeno. Desta forma, esta coloca-se como uma das questões inexequível de ser esclarecida no âmbito deste estudo mas que se equaciona como relevante, na medida em que oferece uma direção para nova investigação que vise a sua clarificação.

Em suma, é possível concluir que os resultados obtidos suportam de alguma forma a ideia de que os indivíduos sexualmente compulsivos podem apresentar uma elevada percentagem de comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas (Raymond et al., 2003) na medida em que foi possível encontrar na amostra alguns preditores equivalentes, mesmo não se tratando de uma amostra clínica.

Relativamente aos esquemas, os EPMs de Defeito/Vergonha, Autocontrolo e Autodisciplina Insuficientes e Grandiosidade/Limites Indefinidos que surgiram como preditores significativos nas mulheres, correspondem ao domínio de Distanciamento e Rejeição e Limites Deteriorados, respetivamente. O EPM de Defeito/Vergonha sustenta sentimentos de que se é defeituoso, a sensação de ser indesejado, inferior ou sem valor e de que não se é amado ou bem avaliado pelos outros em situações de exposição. Envolve uma hipersensibilidade à crítica, à rejeição e à culpa, comparação e insegurança, e sensação de vergonha relativamente aos defeitos que perceciona em si. Estes defeitos podem ser públicos (e.g., aparência física indesejável) ou privados, tais como egoísmo, impulsos agressivos e desejos sexuais inaceitáveis (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011). Consoante as conceptualizações vigentes do fenómeno, seria muito provável que este EPM aparecesse como preditor. Quer pela predominância de afetos negativos, nomeadamente a culpa e a vergonha, que tem sido recorrentemente referidas como presentes nos indivíduos sexualmente compulsivos (Delmonico & Griffin, 1997) e centrais para a origem e manutenção deste comportamentos, quer pelo conteúdo de sentimentos de inadequação, insegurança e rejeição que podem relacionar-se com as experiências de vinculação, experiências negativas precoces, negligência e necessidades não satisfeitas, fatores que tem vindo a ser relacionados com a CS. Robinson (1999) sugere esta possível relação das crenças presentes nos indivíduos sexualmente compulsivos e experiências abusivas na infância e a Perturbação de Stress Pós-Traumático. Respostas mal-adaptativas à vergonha foram encontradas recentemente em vários estudos (Reid, 2010; Reid, Cooper, Prause, Li, & Fong, 2012; Reid, Harper, & Anderson, 2009; Reid, Stein, & Carpenter, 2011) sugerindo que intervenções que contemplem o objetivo específico de redução dos sentimentos de vergonha podem ser apropriadas para determinados indivíduos com hipersexualidade (Reid, 2013).

Um estudo de 2011 com pacientes a receber tratamento por uso excessivo de pornografia demonstrou que a vergonha prediz a hipersexualidade e a culpa a motivação para mudar, e ainda a propensão para desempenhar determinados comportamentos que limitam a hipersexualidade (Gilliland *et al.*).

Por fim mas não menos importante, sendo à priori sugerido que estas crenças de defeito dos indivíduos e vergonha se podem relacionar por vezes com crenças de que os seus comportamentos sexuais são desadequados e inaceitáveis seria de prever que se

apresentasse como preditor da CS em ambos os sexos, o que apenas se confirmou para o sexo feminino.

O EPM de Autodisciplina e Autocontrole Insuficientes manifesta-se numa grande dificuldade ou recusa em exercer autocontrole e tolerância à frustração suficiente para atingir os seus objetivos, ou para refrear a expressão excessiva das suas emoções e impulsos. O indivíduo apresenta uma ênfase exagerada no evitamento do desconforto: evita a dor, conflitos, confrontação, responsabilidade ou esforço excessivo, comprometendo a autorrealização pessoal, o seu empenho ou integridade (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011), pelo que não seria menos do que óbvio que pudesse aparecer como um forte preditor da CS.

O EPM de Grandiosidade/Limites Indefinidos pressupõe a existência de uma crença de superioridade em relação aos outros, sugere uma certa inadequação social dado que comporta crenças de que não se está sujeito às regras de reciprocidade que dirigem a interação social normal, e pressupõe uma certa rigidez e dificuldade de estabelecer limites, remetendo para uma insistência de que se deve ser capaz de fazer ou ter aquilo que se quer, independentemente de ser ou não realista, do que os outros consideram razoável ou do que custa aos outros (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011). Dada esta rigidez de pensamento e aparente tendência para a necessidade de recompensa imediata que indivíduos que desenvolvam este EPM poderão apresentar, a busca sistemática de comportamentos sexuais pode surgir como uma forma de compensar as necessidades do indivíduo que não podem ser satisfeitas. É sugerido ainda que por vezes é estabelecido um foco na superioridade (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011), de maneira a atingir poder ou controlo, podendo supor uma dominação dos outros: afirmando o seu poder, impondo pontos de vista ou controlando o comportamento dos outros de acordo com os seus desejos, sem empatia ou preocupação pelos sentimentos e necessidades do outro. As concepções de que o indivíduo sexualmente compulsivo tende a objetificar os parceiros e as evidências de que por vezes os comportamentos tendem a escalar e podem envolver dano a terceiros reforçam o papel que este esquema poderá apresentar. Este EPM surgiu como preditor da CS nos homens e nas mulheres.

No caso dos homens surgiu ainda o EPM de Procura de Aprovação/Reconhecimento que pertence ao domínio Influência dos Outros – envolve um enfoque excessivo nas necessidades dos outros em detrimento das próprias, de forma a obter amor e aprovação, ou evitar retaliação – e se prende com uma procura excessiva de

aprovação, reconhecimento ou atenção por parte de terceiros, resultando numa hipersensibilidade à rejeição. Este tipo de esquema tende a ser desenvolvido quando existe uma dificuldade em expressar necessidades e emoções sem receios de represálias na infância (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011) e nesse sentido, indivíduos que mantenham este EPM poderão, à semelhança do que acontece com outros comportamentos aditivos e noutras perturbações que envolvem compulsão, utilizar os comportamentos sexuais como uma forma de regulação emocional. Uma vez que estas necessidades não podem ser expressas e satisfeitas, utilizam outros mecanismos como forma de expressão emocional, desenvolvendo este padrão disfuncional de resposta. É também consensual que estes comportamentos são por vezes iniciados pela procura de proximidade e na esperança de alcançar uma (falsa) sensação de intimidade. Sendo também sugerido que estes indivíduos apresentam dificuldades de relacionamento interpessoal, estes comportamentos poderão surgir neste contexto (e.g., relação de namoro, conjugal) primariamente como respostas inadequadas de resolução de conflito (ou evitamento de retaliação) e procura de reconhecimento e proximidade, tornando-se num padrão de funcionamento inadequado. Se constantemente repetido este comportamento, o indivíduo irá manter crenças disfuncionais relacionadas com os comportamentos sexuais e continuar a confirmar o conteúdo do esquema, levando à manutenção desta expressão comportamental de forma sistemática.

Este tipo de padrões comportamentais (em que determinado conjunto de crenças leva a uma expressão comportamental que perdura no tempo) poderão facilmente constituir-se como um fator de risco quando um indivíduo apresenta um conjunto de características que o tornem propenso a desenvolver comportamentos sexuais compulsivos.

Dado que os indivíduos que desenvolvem este esquema possuem uma grande necessidade de reconhecimento e possivelmente uma elevada hipersensibilidade à crítica, tendo em conta que este esquema aparece como preditor nos homens (e principalmente aparecendo associado ao EPM de Grandiosidade/Limites Indefinidos), poderá ter alguma relevância o fato de estes se apresentarem mais vulneráveis a estereótipos de género, mitos e crenças sexuais que enaltecem a performance sexual—especialmente nesta faixa etária— e por isso utilizarem de certa forma o comportamento e a performance sexual (ou pelo menos numa fase inicial ingressar nos comportamentos por esse motivo) como uma forma de compensar sentimentos de inadequação, baixa autoestima, solidão, défices relacionais ou outras necessidades insatisfeitas na vida do indivíduo – envolvendo-se num maior número de relações sexuais e somando inúmeros parceiros sexuais, que

objetifica—proporcionando assim uma sensação de bem-estar relativo e possivelmente os sentimentos de superioridade e transgressão de limites (descartando as necessidades do outro), característicos do EPM de Grandiosidade/Limites Indefinidos.

Estes dados podem sugerir que existam diferenças de género relativamente aos EPMs endossados por indivíduos sexualmente compulsivos, e ainda que o EPM de Grandiosidade/Limites Indefinidos possa ter de facto um papel importante nesta síndrome visto que surge quer para os homens, quer para as mulheres.

Naturalmente, o facto de não se tratar de uma amostra clínica tem implicações não só para a generalização dos resultados, como para a sua análise, sendo bastante provável que numa amostra clínica ocorra um maior endossamento dos EPMs e seja possível que mais, ou outros esquemas se revelem como preditores significativos.

Apesar destas limitações e da percentagem de variância explicada pelos modelos não ser muito elevada (37% para os homens e 22% para as mulheres – sendo que a inserção dos esquemas do segundo para o terceiro modelo aumentou o poder preditivo em 12% e 6%, respetivamente), tratando-se de um estudo de carácter exploratório, espera-se que estes dados possam constituir uma importante referência para investigação futura, dando-se continuidade a esta área de estudo.

Capítulo III. Considerações Finais

Considerações Finais

A área da sexualidade humana é complexa, vasta e nem sempre isenta de alguma controvérsia. Com este estudo não se pretende delimitar a explicação de um fenómeno, mas sim alertar para a sua complexidade, acrescentando uma nova perspetiva que se crê como relevante e digna de ser explorada. A Compulsividade Sexual, como faceta do comportamento sexual humano tem de ser olhada de forma sistémica, e como tal uma vasta constelação de fatores tem de ser considerada no que diz respeito à sua origem e manutenção: fatores culturais, religião, estatuto socioeconómico, características de personalidade, fatores biológicos, psicopatologia, genética, regulação emocional, estratégias de *coping*, fatores desenvolvimentais, tomada de decisão, entre muitos outros possíveis de considerar que não caberiam na dimensão do presente trabalho.

Desta forma, a perspetiva aqui apresentada não pretende constituir mais do que, *uma* (das) forma (s) de olhar o fenómeno em estudo, de modo a contribuir principalmente para o levantamento de novas hipóteses, para um melhor entendimento das vivências internas dos sujeitos que manifestam este comportamento. Na intervenção em fenómenos com manifestações comportamentais marcadas é comum as abordagens centrarem-se também elas numa primeira fase, numa perspetiva comportamental; o que se pretende sugerir é que, dado o carácter central da sexualidade para a identidade, e a influência das experiências e vivências do indivíduo nesta dimensão do comportamento humano, talvez seja importante não descurar uma abordagem cognitiva e centrada nos esquemas que se desenvolvem ao longo do percurso desenvolvimental do indivíduo.

1. Limitações e Sugestões de Investigação Futura

No seguimento das ideias apresentadas anteriormente, uma das limitações do estudo que poderá ser apontada é o facto de não se ter utilizado uma amostra clínica, visto que seria importante observar a presença e prevalência destes esquemas numa amostra desse tipo e num grupo não clínico, sem manifestação de CS. No entanto sabemos que não é fácil estudar uma amostra desta natureza, quer pela dificuldade em se identificar indivíduos sexualmente compulsivos, quer pelas questões éticas associadas. Não é por

acaso que o maior volume de informação acerca desta problemática surge da prática clínica e as principais hipóteses são avançadas por aqueles que mantêm contacto direto com ela e não por dados empíricos. Apesar da pertinência da realização deste estudo numa amostra de estudantes universitários, generalizações dos resultados para a população deverão ser feitas com alguma cautela uma vez que pares inseridos noutra contexto poderão responder de uma forma diferente dado que se trata de uma amostra por conveniência. Ainda em relação à amostra, pode ser importante mencionar que, uma vez que há evidências de uma maior tendência da CS para se manifestar em homens que tem sexo com homens e a presente amostra é constituída maioritariamente por homens e mulheres heterossexuais, poderá ser pertinente replicar o estudo nessa população. Tem sido sugerido que homens bissexuais e homossexuais possam apresentar maior risco de desenvolver CS, dado que relatam um maior número de parceiros sexuais comparativamente a outros grupos (Reid, 2013). Poderá também ser importante utilizar outros instrumentos que poderão facilitar uma recolha mais detalhada de informação, nomeadamente de carácter mais qualitativo, de forma a perceber determinadas componentes do comportamento sexual compulsivo, ou características inerentes ao fenómeno que possuem uma dimensão mais subjetiva (e.g., grau de interferência na vida do sujeito, mal-estar, deterioração nas relações interpessoais, etc.). De uma forma geral, e visto que no que diz respeito aos indivíduos que reportam debater-se com esta problemática não encontramos um grupo homogéneo (Reid, 2010; Reid, Carpenter, & Lloyd, 2009) o que esperamos com esta investigação é que possa contribuir para a continuação do estudo das semelhanças e diferenças encontradas nestes indivíduos, levantando novas questões que possam ajudar a chegar mais longe na definição, génese e mecanismos de manutenção deste fenómeno.

2. TFE: Uma nova forma de intervenção?

“Todos os indivíduos têm necessidades, esquemas, estilos de *coping* e modos esquemáticos, estes apenas são mais pronunciados e menos flexíveis nos pacientes tratados.”

(Rafaeli, Bernstein & Young, 2011, p. 3)

Um dos fatores que contribui para que um indivíduo seja psicologicamente saudável é a capacidade de satisfazer as suas necessidades de forma adaptativa. A dificuldade em gerir processos relacionados com necessidades não satisfeitas tem sido um dos fatores apontados ao longo do presente trabalho como precipitantes (e/ou de

manutenção) para os comportamentos sexuais compulsivos, representando igualmente uma forma inadaptada de responder a essas lacunas. Assim, parece pertinente refletir acerca da importância da TFE enquanto modelo de intervenção, dado que o seu objetivo principal é auxiliar os adultos a encontrarem formas adaptativas de satisfazer estas necessidades, mesmo que estas não tenham sido satisfeitas no passado. Segundo esta, educar os pacientes sobre as necessidades é por si só uma forma poderosa de intervenção— o que pode constituir um objetivo muito pertinente para estes indivíduos, no que toca à gestão do seu comportamento sexual e à obtenção de *insight* acerca da sua origem e manutenção. O objetivo central a que o terapeuta deve aspirar cumprir é ajudar os pacientes a perceber as suas necessidades emocionais centrais e aprender maneiras de satisfazê-las de uma maneira adaptativa, o que requer alterar padrões cognitivos, emocionais, relacionais e comportamentais de longa duração.

Muitos clínicos neste campo recomendam uma abordagem multifacetada no tratamento que inclua várias modalidades (Cooper & Marcus, 2003; Delmonico, Griffin, & Carnes, 2002; Kafka, 2007), incluindo terapia cognitivo-comportamental, psicodinâmica e tratamento psicofarmacológico. A TFE deve ser considerada, na medida em que possui uma abordagem baseada em diferentes modelos e teorias, englobando uma diversidade de técnicas e estratégias. A teoria da vinculação e investigação nessa área, exerceram grande influência para o modelo, o que é claramente observável a partir deste foco na noção de necessidades. Juntamente com a teoria cognitivo-comportamental e abordagens focadas nas emoções e experiências, estabelecem-se as bases da TFE. Este carácter integrador constitui uma vantagem, na medida em que lhe confere uma maior capacidade de compreensão clínica, nomeadamente das perturbações de personalidade e depressão. Como já foi referido, a ansiedade e depressão podem estar associadas ao comportamento sexual fora de controlo e de risco (Bancroft et al., 2003) e a presença de psicopatologia pode ser um fator de risco que contribui para o início e para a severidade dos comportamentos hipersexuais (Kafka & Prentky, 1998). Desta forma, estas condições associadas necessitam de ser tratadas simultaneamente com a compulsividade sexual. A TFE, visto que foi adaptada para uso neste tipo de população, proporciona o que é necessário. Estabelece abordagens terapêuticas mais completas, partindo da constatação que a terapia cognitiva tradicional (mais breve) é difícil de ser utilizada para intervir nesta população (dada a rigidez dos pensamentos, resistência à mudança e dificuldades no relacionamento interpessoal que os indivíduos apresentam), devendo ser adaptada às suas especificidades,

obtendo-se assim mais consequências significativas ao nível da manutenção da mudança e remissão dos sintomas, durante e após o tratamento (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011; Rijo, 2009; Young, 1990;).

Rafaeli, Bernstein e Young (2011) sugerem que a TFE pode ser particularmente eficaz para indivíduos perturbação de personalidade borderline, narcisista e anti-social e ainda com casais que experienciem *distress* derivado de dificuldades de relacionamento interpessoal –o que tende a acontecer quando um dos membros do casal experiencia comportamentos sexuais compulsivos (levando muitas vezes à rutura da relação). Os clínicos que trabalham nesta área sugerem que o parceiro ou a família devem ser incluídos no tratamento.

Como já foi referido, e tendo em conta que experiências passadas de abuso, negligência, trauma e relações disfuncionais possam ter um papel relevante na etiologia destes comportamentos, uma forma importante de intervenção pode passar pelo estabelecimento de vínculo e relações interpessoais positivas para o indivíduo. A TFE pelo seu enfoque humanístico e grande ênfase na relação terapeuta-paciente, pode constituir uma “ferramenta” essencial neste objetivo.

Este modelo poderá ser particularmente importante para intervir na interrupção do ciclo de comportamentos associados à CS e modificação dos esquemas disfuncionais que originaram/mantêm o padrão de comportamento. Como já foi referido, o problema dos indivíduos com CS não passa apenas pela intensidade dos seus impulsos ou dificuldade para controlá-los senão também pela presença de motivos não sexuais como a solidão, alívio do mal-estar emocional, dependência emocional, entre outros, e é aqui que também deve reincidir a intervenção.

Partindo do pressuposto que a presença de EPMs pode ter um papel na CS, nomeadamente analisando os comportamentos sexuais compulsivos à luz dos processos de manutenção, evitamento e compensação de esquemas, este modelo de intervenção poderá ser importante, em primeiro lugar para reduzir o grau de disfunção cognitiva-emocional-comportamental pelo qual o processamento de informação distorcido a partir dos EPMs é responsável, e de seguida envolver o indivíduo ativamente na compreensão destes processos. O próprio processo de avaliação dos esquemas dá origem a uma devolução de informação em que se discutem os padrões disfuncionais na vida do paciente, se identificam os esquemas, estilos de *coping* e modos esquemáticos predominantes, que tem um papel importante na origem e manutenção desses padrões. Assim, o indivíduo aprende

acerca do desenvolvimento dos mesmos. A informação obtida através da entrevista e história desenvolvimental do indivíduo, a auto-monitorização e registo de pensamentos e o observado na relação terapeuta-paciente, é integrada numa conceptualização de caso, que servirá o propósito de educar o paciente sobre os seus esquemas, processos e modos esquemáticos. Para cada esquema foi desenvolvida uma detalhada lista de estratégias de intervenção baseada numa perspetiva interpessoal, cognitiva, comportamental e experimental (Stein & Young, 1992).

Poderá também constituir-se como importante na reabilitação do indivíduo, uma vez que não se deseja que a atividade ou os estímulos sexuais sejam eliminados mas sim reajustados: e aqui entra mais uma vez a importância da TFE na modificação de crenças disfuncionais e emoções negativas associadas à atividade sexual e aos impulsos sexuais.

3. Conclusão

O fato de a categoria de Perturbação Hipersexual não ter sido aceite para inclusão no DSM-V diz-nos muito quer acerca do longo caminho que a investigação nesta área tem vindo a percorrer, quer do que necessita ainda assomar. Como para qualquer outro fenómeno emergente, é natural que mais questões tenham sido levantadas do que respondidas (Reid, 2013). Enquanto estas questões continuarem por responder o tema continuará a ser indubitavelmente debatido, permanecendo inclusive ativa a discussão acerca da existência do fenómeno como uma entidade única ou apenas como uma representação sintomática de um outro quadro clínico já reconhecido formalmente pelo DSM. Ainda assim, pode interpretar-se este passo como uma prova de que há na comunidade científica uma inquietação acerca deste fenómeno - que foi considerado como algo a observar, mas que é aceite pela mesma, que no que diz respeito à classificação e etiologia do fenómeno, ainda muitas questões se encontram por responder. Reid (2013) levanta uma série de questões conceptuais: de que maneira poderá ser medido a grau de severidade do fenómeno? Deverá este ser operacionalizado em termos de consequências ou sintomas manifestados? Quais os que deverão apresentar um maior peso e a que níveis de prejuízo para o indivíduo? Alerta ainda para a importância de uma perspetiva mais holística: a possibilidade de existência de tipologias ou subgrupos, dentro da Perturbação

Hipersexual, lembrando que a população que manifesta CS não é um grupo homogêneo, como já referido. Sugere que em vez de se considerar que todos os indivíduos que apresentam CS têm uma história de rutura, de experiências negativas precoces ou sentimentos de culpa internalizados, seja considerada a possibilidade de existirem subtipos baseados nas manifestações do comportamento (e.g., atividades sexuais individuais vs atividade sexual envolvendo o outro), na psicopatologia (e.g., comorbilidade ou não com sintomatologia psicopatológica), nas facetas de personalidade (e.g., níveis de impulsividade), gravidade das consequências, responsividade ao tratamento, entre outros fatores, tal como já acontece noutra tipo de perturbações.

Sugere-nos ainda, como a maioria dos autores ativos neste campo, e como tem vindo a ser referido ao longo do presente trabalho, a importância de maior preocupação com a investigação que ajude a classificar o fenómeno e sugerir propostas de intervenção, mais do que o foco na preocupação em encontrar a terminologia mais adequada, que tem persistido ao longo do tempo. Deste modo, a pertinência deste estudo adquire maior significado no sentido em que toda a informação que permita estabelecer um suporte teórico mais rico e detalhado desta problemática e entender melhor os sujeitos que sofrem com ela, permitindo uma abordagem mais ajustada e eficaz no estabelecimento de planos de intervenção, é válida, pertinente e incontestavelmente necessária.

Referências Bibliográficas

- Adams, K. M., & Robison, D. W. (2001). Shame reduction, affect regulation, and sexual boundary development: Essential building blocks of sexual addiction treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8, 23-44.
- Bancroft, J., & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual Addiction, Sexual Compulsivity, Sexual Impulsivity, or What? Toward a Theoretical Model. *Journal of Sex Research*, 41, 225-234.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II; pp.87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, J., & Nobre, P. J. (2014). Early Maladaptive Schemas in Convicted Sexual Offenders: Preliminary Findings. *International Journal of Law & Psychiatry*, 37, 210-216
- Coleman, E., Miner, M., Ohlerking, & F., Raymond, N. (2001). Compulsive Sexual Behavior Inventory: A Preliminary Study of Reliability and Validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 325-332.
- Dodge, B., Reece, M., Cole, S., & Sandfort, T. (2004). Sexual Compulsivity among Heterosexual College Students. *The Journal of Sex Research*, 41(4), 343-350.
- Gilliland, R., South, M., Carpenter, B., & Hardy, S. (2011). The roles of shame and guilt in Hypersexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18, 12-29.
- Goodman, A (2001). What's in a Name? Terminology for Designating a Syndrome of Driven Sexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8, 191-213.
- Gomes, Ana L. Q. & Nobre, P. (2012) Early Maladaptive Schemas and Sexual Dysfunction in Men. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 311-320.
- Kafka, M.P., (2010). Hypersexual Disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.
- Kaplan, Meg S. & Krueger, Richard, B. (2010). Diagnosis, Assessment, and Treatment of Hypersexuality, *Journal of Sex Research*, 47, 181-198.

- Kalichman, S. C. & Rompa, D. (2001). The Sexual Compulsivity Scale: Further Development and Use With HIV-Positive Persons. *Journal of personality Assessment*, 76(3), 379-395.
- Kelly, C. B., Bimbi, S. D., Nanin, E. J., Izienicki, H., Parsons, T. J. (2009). Sexual Compulsivity and Sexual Behaviors Among Gay and Bisexual Men and Lesbian and Bisexual Women. *Journal of Sex Research*, 46(4), 301–308.
- Marshall, E. L., & Marshall, L. W. (2001). Excessive sexual desire disorder among sexual offenders: The development of a research project. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 8, 301–307.
- Marshall, E. L., & Marshall, L. W. (2010). The Factorial Structure of the Sexual Addiction Screening Test in Sexual Offenders and Socio-Economically Matched Community Non-Offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17, 210–218.
- Ragan, P. W., & Martin, P. R. (2000). The Psychobiology of Sexual Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 7, 161-175.
- Quadland, M. (1985). Compulsive Sexual Behavior: Definition of a Problem and an Approach to Treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 121-132.
- Queirós, C. (1997). Emoções e comportamento desviante, um estudo na perspetiva da personalidade como sistema auto-organizador. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Raymond, N. C., Coleman, E., & Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 370–380.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., Young, J. (2011). Schema Therapy. London and New York: Routhledge.
- Reid, R. C., Carpenter, B. N., Lloyd, T. Q. (2009). Assessing psychological symptoms patterns of patients seeking help for hypersexual behavior. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 24, 47-63.
- Reid, R. C. (2013). Personal Perspectives on Hypersexual Disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 20, 4-18.
- Rijo, D. (2009). Esquemas Mal-Adaptativos Precoces: Validação do conceito e dos métodos de avaliação. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Roper, L., Dickson M. J., Tinwell, Booth G. P., McGuire, J. (2010). Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol Dependence: Changes Associated with a Brief Residential Abstinence Program. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 207–215.
- Schneider, P. J. (2004). Editorial Sexual Addiction & Compulsivity: Twenty Years of the Field, Ten Years of the Journal. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11, 3–5.
- Sigre-Leirós, VL., Carvalho, J., & Nobre, P. (2012). Early Maladaptive Schemas and Aggressive Sexual Behavior: A preliminary study with male college Students. *The Journal of Sex Medicine*
- Stephens, Eoin (2001). Core Beliefs in Sexually Addicted Men: An investigation using the Young Schema Questionnaire. Dissertação de Mestrado, University of Wales College, Newport, United Kingdom.
- Young JE. Young Schema Questionnaire–Short Form. Schema Therapy Institute: New York. 2005.

ANEXOS

Anexo 1

Taxonomia dos Esquemas Precoces Mal-Adaptativos

Taxonomia dos EPMs (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011)	
1. Distanciamento e Rejeição	
<p>O EPM de <i>Abandono/Instabilidade</i> diz respeito à percepção de instabilidade e indisponibilidade das pessoas que poderiam ser fonte de suporte/afiliação. Envolve o receio de se ser abandonado pelos outros e de perder o suporte emocional e proteção. O EPM de <i>Desconfiança/Abuso</i> envolve a expectativa de vir a ser magoado, abusado, humilhado, traído e manipulado pelos outros e a percepção de que o mal é intencional ou resultado de negligência extrema e intencionada. O EPM de <i>Privação Emocional</i> envolve a expectativa de não ver satisfeito pelos outros o desejo de um grau normal de suporte emocional. Os três principais tipos de privação são: a privação de apoio e cuidados (ausência de atenção, de afeto, carinho ou companheirismo), a privação de empatia (ausência de compreensão, escuta, abertura ou partilha de sentimentos) e a privação de proteção (ausência de suporte, direção e orientação por parte dos outros). O EPM de <i>Defeito/Vergonha</i> sustenta sentimentos de que se é defeituoso, a sensação de ser indesejado, inferior ou sem valor e de que não se seria amado ou bem apreciado/avaliado pelos outros em situações de exposição. Envolve uma hipersensibilidade à crítica, rejeição e à culpa, maior consciência de si, comparação e insegurança, e sensação de vergonha relativamente aos defeitos que percebe. Estes defeitos podem ser privados, tais como egoísmo, impulsos agressivos, desejos sexuais inaceitáveis, ou públicos (e.g., aparência física indesejável). O EPM de <i>Isolamento Social/Alienação</i> diz respeito a sentimentos de isolamento em relação ao mundo, de que se é diferente dos outros e de não fazer parte de qualquer grupo ou comunidade (sensação de que se é indesejável e desinteressante para a sociedade).</p>	
2. Autonomia e Desempenho Deteriorados	
<p>O EPM de Dependência/Incompetência que envolve a crença de que se é incapaz de exercer as responsabilidades do quotidiano de forma competente sem a ajuda dos outros (resolver problemas, fazer bons julgamentos, realizar tarefas novas, tomar boas decisões, ter capacidade para cuidar de si e responsabilidade sobre si próprio). Frequentemente toma a forma de desespero. O EPM de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença em que se regista</p>	

um receio exagerado de ocorrência de catástrofe sem que nada se possa fazer para a travar ou impedir. Os medos focam-se em factores médicos, emocionais ou naturais/fóbicos. O EPM de Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido engloba envolvimento emocional e proximidade excessiva, em detrimento da autonomia pessoal e desenvolvimento social normativo. Envolve crenças de que o indivíduo não pode sobreviver ou ser feliz sem o apoio constante de outro, sentimentos de fusão com o outro ou identidade individual insuficiente. É experimentado como um sentimento de vazio e desorientação, e em casos extremos, questionamento da existência. E por fim o EPM de Fracasso contendo crenças de que inevitavelmente se irá fracassar ou inadequação face aos pares em áreas de realização pessoal, de que se é inábil, sem talento, ignorante e menos bem-sucedido que os outros.

3. Limites Deteriorados

No EPM de Grandiosidade/Limites Indefinidos existe uma crença de superioridade em relação aos outros, de que existe um direito a privilégios especiais, de que não se está sujeito às regras de reciprocidade que dirigem a interação social normal; ocorre insistência de que se deve ser capaz de fazer ou ter aquilo que se quer, independentemente de ser ou não realista, do que os outros consideram razoável ou do que custa aos outros. Por vezes estabelece-se um foco na superioridade, de maneira a atingir poder ou controlo, podendo por vezes incluir uma dominação dos outros: afirmando o seu poder, impondo pontos de vista ou controlando o comportamento dos outros de acordo com os seus desejos, sem empatia ou preocupação pelos sentimentos e necessidades do outro.

O EPM de Autodisciplina e Autocontrolo Insuficientes manifesta-se numa grande dificuldade ou recusa em exercer autocontrolo e tolerância à frustração suficiente para atingir os seus objetivos, ou para refrear a expressão excessiva das suas emoções e impulsos. O indivíduo apresenta uma ênfase exagerada no evitamento do desconforto: evita a dor, conflitos, confrontação, responsabilidade ou esforço excessivo, comprometendo a autorrealização pessoal, o seu empenho ou integridade.

4. Influência dos Outros

Sob este domínio desenvolvem-se os EMP de Subjugação (submissão coagida ao controlo de terceiros, geralmente para evitar a raiva, retaliação e o abandono; as duas principais formas de subjugação são a de necessidades: supressão das suas próprias preferências, decisões, desejos, opiniões e sentimentos, sentido que não são válidos ou importantes para

os outros e a de emoções: supressão da expressão emocional, nomeadamente a raiva; frequentemente apresenta-se como uma excessiva concordância, conjugada com hipersensibilidade, geralmente leva a acumulação de raiva manifestada em sintomas mal-adaptativos, por exemplo um comportamento passivo/agressivo, explosões de temperamento incontroláveis, sintomas psicossomáticos, diminuição de afetos, acting out, abuso de substâncias), Auto-sacrifício (excessivo enfoque nas necessidades dos outros, comprometendo a sua própria gratificação, para evitar causar dor, sentir-se egoísta e culpado ou para manter a ligação aos outros; por vezes leva a um sentimento de que as suas necessidades não estão a ser adequadamente satisfeitas e ao ressentimento para com aqueles de quem cuida), e ainda Procura de Aprovação/Reconhecimento (procura excessiva da aprovação, reconhecimento ou atenção por parte de terceiros; resulta em hipersensibilidade à rejeição).

5. Vigilância Excessiva e Inibição

Os EPM associados a este domínio são os de *Negativismo/Pessimismo* (foco intenso e duradouro nos aspetos negativos da vida, minimização ou negligência dos positivos e otimistas ou uma expectativa exagerada de que as coisas vão correr mal ou desabar a qualquer altura; em função disto surge um medo inadequado de cometer erros que possam levar a ocorrências negativas; indivíduos com vivências internas caracterizadas por preocupação, vigilância, pessimismo, queixas ou indecisão crónica), *Inibição Emocional* (inibição excessiva de ação espontânea, sentimentos ou comunicação como forma de evitar cometer erros, evitar a desaprovação dos outros e os sentimentos de vergonha, criar um sentido de segurança e de previsibilidade, evitar o caos, catástrofe ou perder o controlo dos seus próprios impulsos; as áreas mais comuns do controlo excessivo envolvem: inibição da raiva e agressão, ordenamento e planeamento compulsivos, inibição de impulsos positivos como a alegria, afeição, excitação sexual, brincadeiras; aderência excessiva à rotina ou ritual; dificuldade em expressar vulnerabilidade ou comunicar abertamente acerca de sentimentos, necessidades; ênfase excessiva na racionalidade, não prestando atenção às necessidades emocionais), *Padrões Excessivos/Hipercriticismo* (crença de que é preciso estar à altura de padrões muito elevados de comportamento e de desempenho) e *Punição* (crença de que se deve ser severamente punido por cometer um erro; inclui a dificuldade em aceitar a imperfeição humana e empatizar com sentimentos).

Anexo 2

Questionário *Online*: Folha de Rosto

O presente estudo tem como objetivo avaliar o modo como diferentes fatores de cariz cognitivo se relacionam com diferenças de género na sexualidade.

Para tal, solicitamos a colaboração de estudantes universitários com idade igual ou superior a 18 anos no preenchimento de um conjunto de questionários que pretendem avaliar fatores cognitivos, afetivos e relacionais.

O estudo avalia diferentes aspetos relacionados com a sexualidade, tais como, esquemas cognitivos, vinculação, relacionamento interpessoal e experiências, comportamentos, pensamentos e impulsos sexuais.

Ressalva-se que não existem respostas certas ou erradas, solicitando-se a maior sinceridade possível. O anonimato e a confidencialidade dos dados são totalmente garantidos.

Se desejar obter informação relativa aos resultados após conclusão do estudo e para qualquer esclarecimento ou informação adicional, por favor contacte através do e-mail: filipamariamc@gmail.com.

Desde já muito obrigada pela sua colaboração.

Fui informado acerca dos objetivos do estudo e de que, a qualquer altura, poderei pedir informações e esclarecer todos os aspetos que me parecerem pertinentes. Do mesmo modo foi-me dada a informação de que posso desistir a qualquer momento, sendo a minha participação de carácter voluntário. Sei que os questionários são anónimos, que os dados permanecerão confidenciais e que as respostas servem apenas para fins estatísticos. Confirmo que estou de acordo em participar no estudo.

Sim ☒

Não ☐

Anexo 3

Questionário Sociodemográfico

Idade: ____

Sexo: Masculino ____ Feminino ____

Estado Civil:

1. Casado	4. Divorciado
2. Solteiro	5. Separado
3. União de Facto	6. Viúvo

Habilitações Literárias:

1ª Ciclo (até 4ª Classe)..... 2ª Ciclo (até ao 6º Ano)..... 3ª Ciclo (até ao 9ª Ano).....

Secundário (até ao 12º ano) Licenciatura/Mestrado Integrado Outro.....

Problemas psiquiátricos (anteriores ou atuais) diagnosticados por médico ou psicólogo:

1. Depressão	2. Doença Bipolar	3. Ansiedade
4. Perturbação Obsessivo-Compulsiva	5. Esquizofrenia (ou outra doença psicótica)	6. Anorexia
7. Bulimia	8. Hiperatividade	9. Jogo Patológico
10. Personalidade Boderline	11. Dependência de Drogas	12. Alcoolismo
13. Nenhum	14. Outro: _____	

Ano do diagnóstico: (por exemplo, 2001)

Orientação Sexual:

1 Heterossexual 2 Homossexual 3 Bissexual

Número de parceiros sexuais actuais:

1 Nenhum 2 Um parceiro sexual..... 3 Dois parceiros sexuais.....

4 Múltiplos parceiros sexuais.....

Frequência de atividade sexual (qualquer prática sexual):

1) Nenhuma..... 2) Raramente..... 3) 1 vez por mês..... 4) 2/3 vezes por mês.....

5) 1/3 vezes por semana..... 6) Quase sempre.....

Idade da primeira relação sexual:

Alguma vez foi vítima de abuso sexual?

1. Sim 2. Não.....

Consome Drogas (excepto tabaco e álcool):

1 Sim..... 2 Não.....

Se sim, 1) Todas as semanas 2) 1/3 vezes por mês 3) 1/3 vezes por ano.....

Que drogas consome?